Die Schnittentbindungen an der Paderborner Hebammenlehranstalt in ihrem Erfolge für Mutter und Kind.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Th. A. Kersting
Arzt in Paderborn.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Göttingen.
Druck der Univ.-Buchdruckerei von E. A. Huth.
1919.

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 30. Mai 1919.

Referent: Herr Professor Dr. Reifferscheid.

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

Die großartigen Erfolge der Chirurgie im Zeichen der Antisepsis und Asepsis sind von weitreichendem Einfluß auch auf die Geburtshilfe gewesen. Neue Entbindungsmethoden wurden geschaffen, seit alters zu Recht bestehende vervollkommnet, andere durch neue verdrängt.

Die lähmende Furcht vor der Infektion trat in den neuzeitlich eingerichteten Geburtsanstalten mehr und mehr zurück, so daß die Indikationen zu einem blutigen Eingriffe freier und zuversichtlicher gestellt werden konnten.

War in der vorantiseptischen Zeit die Geburtshilfe fast einzig auf die Sorge für die Mutter eingestellt, so greift die Geburtshilfe heute oft und erfolgreich auch im Interesse des kindlichen Lebens in den Geburtsverlauf ein.

Inwieweit ein solches Eingreifen berechtigt ist, läßt sich am besten am Erfolge für Mutter und Kind ermessen. Zu einer Wertung der in Betracht kommenden Methoden in diesem Sinne will meine Arbeit einen bescheidenen Beitrag leisten. Die Geburtsgeschichten der Paderborner Hebammenlehranstalt, die vom Jahre 1834 an mit einigen Lücken vorhanden sind, bieten dazu ein recht ansehnliches Material.

Unter dem Sammelnamen Schnittentbindungen sind zusammengefaßt: Cervixincisionen, vaginale Kaiserschnitte, Beckenspaltungen und abdominelle Kaiserschnitte.

Dem Zwecke meiner Arbeit entsprechend habe ich nur die Schnittentbindungen am lebensfähigen Kinde in Betracht gezogen, also von der 35. Schwangerschaftswoche an, da

erst von diesem Zeitpunkte an mit größerer Wahrscheinlichkeit auf Erhaltung des kindlichen Lebens gerechnet werden kann. Durch diese Einschränkung wurde fast allein der vaginale Kaiserschnitt betroffen, der in etwa 80 weiteren Fällen als glückliche Methode des künstlichen Abortes angewandt wurde.

I. Cervixincisionen.

Die Cervixincisionen wurden zur Erweiterung des Muttermundes von Dührssen sehr empfohlen, die tiefen Inzisionen tragen seinen Namen. Dührssen hält die Inzisionen in allen den Fällen für angezeigt, wo der supravaginale Teil der Cervix völlig, der infravaginale dagegen noch nicht ganz erweitert ist, und bei dieser mangelhaften Erweiterung des äußeren Muttermundes eine Gefahr von seiten der Mutter oder des Kindes die schnelle Beendigung der Geburt fordert. Außerdem sind Cervixincisionen indiziert, wenn eine mangelhafte Erweiterung des Muttermundes infolge pathologischer Beschaffenheit der Cervix eine Geburtsverzögerung bedingt, oder bei einer entbindenden Operation der mangelhaft erweiterte Muttermund Schwierigkeiten bereitet.

Ihr großer Vorteil ist die Schnelligkeit und Sicherheit des Erfolges, Eigenschaften, die ihr an der Paderborner Anstalt den Vorrang vor den stumpfen Dilatationsmethoden verschafft haben. Als Nachteile werden Blutungen, Nebenverletzungen und Infektion genannt. Bei vorsichtigem Stellen der Indikation und einigermaßen bedächtigem Vorgehen dürften sich solche üblen Zufälle auf ein Mindestmaß beschränken lassen.

Die Schnitte werden je einer seitlich oder multipel radiär angebracht. Dührssen schlägt vier tiefe, d. h. bis an den Scheidenansatz reichende Einschnitte in den von der

Portio vaginalis gebildeten Muttermundssaum vor, je einen vorn, hinten und zu beiden Seiten. Bei stärkerem Widerstande des internen Scheidendrittels kommt als weitere Operation noch die tiefe Scheidendamminzision in Betracht, der sogenannte Schuchardschnitt.

Die Naht der Cervixschnitte ist mit Rücksicht auf die Blutstillung meistens nicht notwendig, empfiehlt sich aber im Interesse einer besseren Rückbildung der Portio.

In den Geburtsgeschichten der Paderborner Hebammenlehranstalt finden sich 37 Fälle von Cervixincisionen. Die Veranlassung zum blutigen Eingreifen gab in 14 Fällen (Fall 1, 4, 6, 8, 12, 15, 16, 18, 23, 25, 26, 32, 36, 37) drohende Asphyxie des Kindes; in den übrigen 23 Fällen war die Indikation in pathologischen Zuständen der Mutter gegeben. 17 mal schafften Rigidität der Genitalien, mangelhafte Eröffnung oder Kontraktur des Muttermundes ein Geburtshindernis; 5 mal drängte eine Eklampsie auf schleunige Beendigung der Geburt, einmal wurde wegen auftretenden Fiebers zu schneller Entbindung geschritten.

Ein Fall (34) endete für die Mutter letal infolge Peritonitis. Dieser Mißerfolg dürfte auf die schwere Uterus atonie zurückzuführen sein, die mehrere, die Infektionsmöglichkeit steigernde, innere Eingriffe notwendig machte: hohe Zange, Dührssen'sche Schnitte, manuelle Plazentarlösung und Tamponade.

In zwei Fällen (10, 21) trat eine günstig verlaufende Endometritis auf. Die Infektion war in beiden Fällen bereits vor der Inzision eingetreten.

Bei Fall 35 zeigte sich im Wochenbett ein paramatritisches Exsudat, auch hier wies bereits vor der Inzision Temperaturanstieg auf die eingetretene Infektion hin.

Zweimal (Fall 25, 27) wurde ein Weiterreißen der Inzisionen beobachtet, im letzten Falle sogar bis in die Bauch-

höhle, so daß eine Probelaparatomie angezeigt war. Der Heilverlauf wurde dadurch nicht beeinträchtigt.

Von den entwickelten Kindern starben vier kurze Zeit nach der Geburt (Fall 11, 13, 24 und 29); ihr Tod kann nur im Falle 13 dem vorgenommenen geburtshilflichen Eingriffe zugeschrieben werden; die Kompression der Zange hatte Gehirnblutungen zur Folge.

II. Sectiones caesareae vaginales.

Die Kolpohysterostomatomie oder Sectio caesarea vaginalis wurde 1896 ebenfalls von Dührssen angegeben. Das Verfahren besteht in der Spaltung der vorderen Scheidenwand durch Medianschnitt, beiderseitigem Abpräparieren der Scheide, Hochschieben der Harnblase und darauffolgender Eröffnung der vorderen Wand der Portio und der Cervix. Durch die geschaffene Öffnung wird das Kind entweder durch Zange oder nach Wendung extrahiert. Seltener angewandt wird die hintere Kolpohysterostomatomie, die sich von der hinteren Scheidenwand her einen Zugang zum Uterusinneren bahnt.

Die Sectio caesarea vaginalis setzt den Geburtshelfer in die Lage, in jedem Stadium der Schwangerschaft in kurzer Frist den Uterus zu entleeren. Vorbedingung ist genügende Weite des Beckens, normale Durchgängigkeit der Scheide und Erreichbarkeit des äußeren Muttermundes. Die Operation ist angebracht bei lebensbedrohlichen Zuständen der Mutter in der Schwangerschaft oder während der Geburt vor Eröffnung des Muttermundes, die eine rasche Entbindung fordern, bei Cervixstenose und bei drohender Asphyxie des Kindes.

Besondere Gefahren des vaginalen Kaiserschnittes sind: Infektion, Blutungen durch Weiterreißen und Nebenver-

letzungen, für die in erster Linie die Blase in Betracht kommt.

Die Indikation zu den 22 angeführten vaginalen Kaiserschnitten gab in 10 Fällen (Fall 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12) Eklampsie.

Dreimal wurde die Sectio vaginalis bei Placenta praevia ausgeführt (Fall 17, 19, 20), je einmal bei Cervixstenose (Fall 6), Retinitis albuminurica (Fall 8), fortgeschrittener Phthisis pulmonum (Fall 13) und bei Cystopyelitis im 9. Monat (Fall 18).

In fünf Fällen war drohende Erstickung des Kindes Veranlassung zur Schnittentbindung (Fall 14, 15, 16, 21 und 22).

Fünf Fälle hatten einen tötlichen Ausgang für die Mutter, in keinem dieser Fälle war die Operation nähere oder entferntere Ursache des unglücklichen Erfolges.

Vier Mütter starben nämlich im eklamptischen Anfalle, die fünfte erlag ihrer fortgeschrittenen Phthise. Bei einer psychisch belasteten Patientin trat nach der Operation im weiteren Verlauf der Eklampsie Paranoia auf.

Nur in drei Fällen läßt sich eine vorübergehende Schädigung durch die Operation feststellen, zweimal eine Cystitis (Fall 6, 20), einmal ein leichtes Wochenbettfieber (Fall 11).

Von den Kindern kamen zwei tot zur Welt (Fall 11, 20), zwei starben nach einigen Tagen (7, 22); es ist sehr wahrscheinlich, daß die bestehenden krankhaften Zustände der Mutter die Lebensfähigkeit der Kinder ungünstig beeinflußt haben.

III. Beckenspaltungen.

Beckenspaltungen bestehen in der Durchtrennung des knöchernen Beckenringes entweder in der Symphyse (Sym-

physiotomie) oder im Os pubis (Hebosteotomie, Pubotomie).

Die dadurch erfolgende Erweiterung des Beckens wird ermöglicht durch die Beweglichkeit der Articulationes sacroiliacae, die auch die Grenze der Erweiterung bestimmt.

Die Erweiterung liegt zwischen 6—8 cm im Umfange; in der Richtung der Conjugata vera wächst der verfügbare Raum um 2,5—3 cm, und zwar um 1 cm direkte Verlängerung der Conjugata, um 2 cm durch die Möglichkeit, daß der kindliche Kopf mit seinem vorderen Scheitelbein noch zwischen die beiden knöchernen Enden des geschaffenen Spaltes hineinragen kann.

Die untere Grenze der Beckenverengerung, bei der die Beckenspaltung Erfolg verspricht, liegt bei einer Conjugata vera von 7 cm.

Man zieht heute die Hebosteotomie der Symphyseotomie vor, da der durchtrennte Knochen besser heilt wie Knorpel.

Bumm und Döderlein haben eigene Instrumente zur subkutanen Ausführung der Hebosteotomie angegeben. Die subkutane Methode hat den Vorzug der geringeren Infektionsgefahr und der schnelleren Heilung der Wunde und Wiederherstellung der Gehfähigkeit; ihr Nachteil ist namentlich bei der Bummschen Methode das Arbeiten im Dunkeln, wobei leicht Blutgefäße, auch Blase und Harnröhre verletzt werden können.

Sonstige Gefahren der Beckenspaltung sind: Zerreißung des seiner knöchernen Stütze beraubten Beckengewebes, Haematombildung mit Vereiterung oder mangelhafte Heilung des durchschnittenen Knorpels oder Knochens und dadurch bedingte schlechte Gehfähigkeit. Die Mehrzahl der Geburtshelfer fordert wegen dieser Gefahren, daß Beckenspaltungen nur bei vollständig aseptischem Geburtskanal und unter klinischen Verhältnissen vorgenommen werden (Döderlein, Hammerschlag, Reifferscheid); während Bumm die

von ihm angegebene subkutane Hebosteotomie auch für die allgemeine Praxis empfiehlt.

Als besonderer Vorteil der Hebosteotomie gegenüber dem abdominalen Kaiserschnitt wird von verschiedener Seite die Tatsache angeführt, daß durch die Hebosteotomie das Becken auch eine dauernde Erweiterung erfährt, die in vielen Fällen sogar eine spätere Spontangeburt ermöglicht (u. a. Reifferscheid im Zentralblatt für Gynäkologie 1910).

An der Paderborner Anstalt wurde die Beckenspaltung, und zwar als Hebosteotomie nur viermal vorgenommen. In dreien dieser Fälle resultierte eine gute Gehfähigkeit, einmal blieb leichtes Hinken zurück. In einem Falle wurde die Blase verletzt, in einem andern trat ein vereiterndes Haematom an der Hebosteotomiestelle auf. In allen vier Fällen handelte es sich um Beckenverengerung II. Grades; jedesmal wurde ein lebensfähiges Kind entwickelt.

IV. Sectiones caesareae abdominales.

Der abdominelle Kaiserschnitt ist die operative Entwickelung der Frucht unter Umgehung des knöchernen Geburtsweges. Diese älteste blutige Entbindungsmethode hat im Laufe der Zeiten mannigfaltige Umgestaltung erfahren.

Wir unterscheiden zwei Hauptgruppen des Kaiserschnittes, die konservativen und die radikalen Operationen, je nachdem die Gebärmutter erhalten bleibt oder entfernt wird. Die älteste Form der ersten Gruppe ist der klassische Kaiserschnitt, der nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba den Uterus durch einen sagittal an der Vorderfläche verlaufenden Schnitt eröffnet.

Fritsch modifizierte das Verfahren durch Anlegen der Uterusinzision quer über den Fundus von einem Tubenansatz bis zum anderen; als besondere Vorzüge seines Ver-

fahrens führt er an: Verhinderung des Blut- oder Fruchtwasserabflusses in die Bauchhöhle bei steiler Beckenhochlagerung, verminderte Gefahr des Darmvorfalles, geringere Blutung, erleichterte Extraktion des Kindes, bequeme Plazentarlösung und bessere Kontraktion des Uterus.

Die in neuerer Zeit gebräuchlichste Kaiserschnittmethode ist die cervikale oder supracervikale, die den Uterus durch sagittale Inzision im unteren Segment eröffnet. Dieser Methode werden besonders nachgerühmt: geringere Blutung, da die Wunde in der gefäßarmen Dehnungszone der Gebärmutter liegt; Umgehung der Placenta, es sei denn, daß es sich um Placenta praevia handelt; Fernbleiben von der großen Bauchhöhle, schließlich eine festere Narbe. Der cervikale Kaiserschnitt kann völlig extraperitoneal beendet werden, wenn man das Peritoneum uneröffnet nach oben und die Blase seitwärts abschiebt.

Ist es aus später zu erörternden Gründen nicht angängig, den Uterus zu erhalten, so tritt der radikale Kaiserschnitt entweder nach dem Porro'schen Verfahren oder als abdominelle Totalexstirpation in sein Recht. Beim Porro wird der Uterus nebst Adnexen bis auf die Cervix, bei der Totalexstirpation bis auf die Scheide abgesetzt.

Der Kaiserschnitt wird aus absoluter und aus relativer Indikation ausgeführt.

Die absolute Indikation liegt vor, wenn es auch nach Zerstückelung des Kindes unmöglich ist, den Uterus per vias naturales zu entleeren. Es kommen hier in erster Linie in Frage hochgradige Beckenverengerungen; die Grenze liegt beim platten Becken bei einer Conjugata vera von etwa 5 cm; aber auch Neubildungen, Narbenstrikturen, größere entzündliche Exsudate, die den Geburtskanal verlegen, können eine absolute Indikation zum Kaiserschnitte geben.

In der vorantiseptischen Zeit, als die Operation mit größter Wahrscheinlichkeit tötlich für die Mutter endete, entschloß man sich nur aus absoluter Indikation zum Kaiserschnitt; war bei den Beckenverengerungen 1. bis 3. Grades die Entwickelung eines lebenden Kindes per vias naturales aussichtslos, so opferte man das Kind zu gunsten der Mutter und extrahierte nach Zerstückelung.

Erst die Verbesserungen der Technik des Kaiserschnittes und der Beckenspaltung und die peinliche Durchführung der Asepsis ließen die Wahrscheinlichkeitsziffer eines günstigen Ausganges für die Mutter sprunghaft anwachsen, und ermutigten den Geburtshelfer auch zur Rettung des kindlichen Lebens zu Messer oder Säge zu greifen. Diese relative Indikation zum Kaiserschnitt gibt am häufigsten die Beckenverengerung 2. und 3. Grades, d. h. beim platten Becken Verkürzung der Conjugata vera auf 9 bis 5 cm. Bei einer Conjugata vera über 7 cm tritt der Kaiserschnitt in Konkurrenz zur Beckenspaltung, zur prophylaktischen Wendung und evtl. zur künstlichen Frühgeburt.

Auch beim normalen oder nur wenig verengten Becken kann Veranlassung zum Kaiserschnitt gegeben sein, so bei übermäßig großem kindlichem Kopfe, bei verschleppter Querlage, Stirn- und mentoposteriorer Gesichtslage. Ferner sind hier zu nennen lebensgefährliche, bei geschlossenem Cervicalkanal auftretende Situationen, bei denen sofortige Entbindung erforderlich ist, so Eklampsie und Placenta praevia.

Bei Eklampsie ist der abdominelle heute durchweg durch den vaginalen Kaiserschnitt ersetzt, der für den durch die Eklampsie-Intoxikation schwer geschädigten Organismus die weniger eingreifende Entbindungsart darstellt. Placenta praevia wird nur dann zum Kaiserschnitt veranlassen, wenn unter allen Umständen das Leben des Kindes sichergestellt

werden soll; sonst wird man Metreuvyse oder Wendung vorziehen. Zur Rettung des Kindes wird schließlich der Kaiserschnitt angewandt bei Todesfall der Mutter zu Ende der Schwangerschaft oder bei beginnender Geburt.

Erste Vorbedingung für den Kaiserschnitt ist lebendes und lebensfähiges Kind, ausgenommen ist nur die absolute Kaiserschnittindikation. Von den meisten Geburtshelfern wird ein aseptischer Geburtskanal gefordert; liegt bei Infektion oder Infektionsverdacht eine absolute Indikation vor, so ist der radikale Kaiserschnitt auszuführen. Im Gegensatz hierzu halten Freund, Veit, Pinard, Le Lorier und viele Franzosen den konservativen Kaiserschnitt auch nach vielfachen Untersuchungen und nach lange Zeit vorausgegangenem Fruchtwasserabfluß noch für statthaft, man solle nur Sorge tragen, daß kein Uterusinhalt in die Bauchhöhle fließt. O. Küstner macht in allen Fällen, in welchem mutmaßlich das Kind das Becken lebend nicht passieren kann, wahllos auch bei manifester Infektion den extraperitonealen Kaiserschnitt; seit Einführung des extraperitonealen Kaiserschnittes wird an seiner Klinik kein lebendes Kind mehr perforiert. Andere Geburtshelfer empfehlen in infizierten Fällen Anlegung einer Uterusbauchfistel durch Annähen des Uterusschnittrandes an die Bauchdecken und Drainage.

Unter den Gründen, die speziell den radikalen Kaiserschnitt indizieren, seien außer der schon erwähnten Infektion noch angeführt: Cervixcarcinom, multiple Myome, vollkommene Atresie des Geburtskanales, bei der die Lochien nicht abfließen können, atonische Blutungen und endlich Osteomalacie, um das Fortschreiten der durch fehlerhafte Funktion der Ovarien bedingten Krankheit zu verhüten, und zugleich der bei dieser Krankheit erhöhten Gefahr atonischer Nachblutungen aus dem Wege zu gehen.

Die Hauptgefahr des abdominellen Kaiserschnittes ist

die Infektion durch den Operateur oder häufiger durch infektiösen Uterusinhalt. Es ist schon im vorangehenden gezeigt, wie man gerade diese Gefahr durch stete Verbesserung der Methoden und sorgfältige Auswahl der Fälle auszuschalten sich bemühte. Andere Schädigungen, die eventuell den Ausgang der Operation ungünstig gestalten, sind Nebenverletzungen der Blase oder des Darmes. Der atonischen Blutung sucht man durch Secale- und Hypophysenpräparate, nötigenfalls durch Radikaloperation zu begegnen. Bei späteren Geburten kann eine Uterusruptur an der Stelle der gesetzten Narbe auftreten.

Von den an der Paderborner Hebammenlehranstalt vollzogenen Kaiserschnitten beanspruchen die drei ersten aus den Jahren 1846, 1849 und 1850 ein gewisses geschichtliches Interesse. In allen drei Fällen gab Beckenverengerung 3. und 4. Grades die absolute Indikation zum Kaiserschnitt; im ersten Falle handelt es sich um ein osteomalacisches, im zweiten um ein rhachitisches, im dritten um ein spondylolisthetisches Becken. Daß alle drei Patientinnen der Operation erlagen, nimmt uns nicht Wunder; eher dürfen wir bei dem vollständigen Fehlen aseptischer Maßnahmen und bei der unvollkommenen Technik staunen, daß Fall 3 bereits einen Kaiserschnitt glücklich überstanden hatte. Von 1850 bis 1898 findet sich in den Geburtsgeschichten kein Kaiserschnitt.

Im Jahre 1899 erst eröffnet ein Kaiserschnitt eine Reihe von 60 derartigen, nach neuzeitlichen, chirurgischen Prinzipien, fast ausschließlich vom derzeitigen Direktor Sanitätsrat Dr. Mann ausgeführten Operationen. 50 dieser Kaiserschnitte wurden wegen Beckenverengerung vorgenommen, dreimal war Eklampsie (Fall 27, 32 und 54), je zweimal Beckentumor (Fall 8 und 59) und Placenta praevia (Fall 48 und 50), je einmal verschleppte Querlage (Fall 14),

Ascites (Fall 30) und bevorstehender Tod der Mutter (Fall 61) Veranlassung. Der klassische Kaiserschnitt wurde 28mal ausgeführt, zweimal der Fritsch'sche Fundalschnitt, 27mal der cervikale bezw. supracervikale Schnitt; dreimal mußte die Porro'sche Radikaloperation vorgenommen werden. Porro war indiziert einmal (Fall 7) wegen Atonia uteri, einmal wegen Osteomalacie (Fall 19), einmal wegen Karzinomes im kleinen Becken (Fall 59). Neun Fälle verliefen für die Mutter letal (Fall 5, 7, 10, 14, 27, 50, 56, 57, 61); vier dieser Fälle erlagen Krankheiten, die schon vor der Operation bestanden, und auch ohnedies wahrscheinlich zum Tode geführt hätten, so starb Fall 27 während der Operation infolge Eklampsie; Fall 56 und 57 endigten im Coma uraemicum; im Falle 61 aber war gerade der bevorstehende Tod der Mutter an Pneumonie Veranlassung zur Entbindung. Nur in 5 Fällen kann der unglückliche Ausgang in Beziehung zur Operation gebracht werden. Dreimal (Fall 5, 7 und 14) trat Verblutung ein, im Fall 7 konnte auch der konsekutiv ausgeführte Porro den ungünstigen Erfolg nicht aufhalten; zweimal erlagen die Patientinnen der eingetretenen Infektion, im Falle 10 infolge Peritonitis, im Falle 50 infolge Sepsis; für den letzteren Fall ist bemerkenswert, daß die Patientin schon vorher von der Hebamme untersucht und tamponiert war. In einigen Fällen wurde der Wochenbettsverlauf durch mehr oder weniger leicht verlaufende Infektionen gestört; dauernde Schäden wurden dadurch nicht verursacht.

Von den entwickelten Kindern kam eins tot zur Welt (Fall 61); wahrscheinlich hatte die schwer fieberhafte Erkrankung und bereits eingetretene Agone der Mutter seine Lebensfähigkeit so beeinträchtigt, daß die Narkose zum tötlichen Anlaß wurde. Vier Kinder starben kurze Zeit nach der Geburt, eins davon infolge angeborener Hernia diaphragmatica mit Verlagerung des Herzens.

Der Erfolg des Kaiserschnittes für Mutter und Kind, wie er sich aus den angeführten Geburtsgeschichten ergibt, darf als durchaus günstig bezeichnet werden, wenn man in Rechnung zieht, daß nicht wenige Patientinnen erst nach langdauerndem Kreißen, nach wiederholter Untersuchung durch die Hebamme zur künstlichen Entbindung in die Anstalt eingeliefert wurden.

Wie segensreich die Einführung bezw. die Vervollkommnung der chirurgischen Methoden in der Geburtshilfe gewirkt hat, möge ein Vergleich der Geburtsgeschichten aus älterer und neuerer Zeit beleuchten. In den Jahren 1848 bis 1858 wurden unter 556 Geburten 8 Perforationen oder Cephalotrypsien vorgenommen, das sind 1,4 %. Dagegen betrug in der Zeit vom 1. April 1909 bis zum 31. März 1919 unter 5122 Geburten die Zahl der Perforationen 31 (davon 9 am lebenden Kinde), das sind 0,6 %. Das Bild gestaltet sich noch düsterer für die ältere Periode, wenn man die damals angewandten Gewaltzangen bei engem Becken mit tötlichem Ausgange für das Kind mit in Rechnung stellt, es sind unter den 556 Geburten 19 solcher Zangen = 2,9 %.

Rechnet man diese Eingriffe, die heute an unserer Klinik durch kindschonende Methoden ersetzt sind, zu den Perforationen hinzu, so ergibt das den horrenden Satz von 4,32 % geburtshilflicher Eingriffe, bei denen von vornherein mit dem Tode des Kindes gerechnet wurde.

Das Ziel der heutigen operativen Geburtshilfe ist, jedes Kindesleben unter möglichster Schonung der Mutter zu retten. Möge es dem verständnisvollen Zusammenwirken von Hebamme und Geburtshelfer in steigendem Maße gelingen, dieses Ziel zu verwirklichen. Die bisherigen Erfolge ermutigen zu tatfreudiger Weiterarbeit.

I. Cervixincisionen.

Fall 1. Band VI. Nr. 67.

23jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 7. III. 01. Knochengerüst: schmal; Hängebauch I. Grades. Beckenmaße: Conj. diagon. 11,5 cm. Wehenbeginn: 24. XI. 01. 10^{00} vm. kräftig. Ia Schädellage.

25. XI. 5^{00} vm. Muttermund 2 markstückgroß; 9^{30} vm. handtellergroß, Abgang von Meconium, Sinken der Herztöne.

Seitliche Cervixincisionen, Zange in Narkose. Reifes leicht asphyktisches Mädchen, das sich bald erholt. Naht der seitl. Inzisionen. Wochenbett normal.

Entlassung von Mutter und Kind am 9. XII. 01.

Fall 2. Bd. VI. Nr. 96.

24jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 17. III. 01. Becken einfach platt. Wehenbeginn: 6. I. 02. 8^{00} nm., sehr schmerzhaft, Kontraktur des unteren Segmentes. Ia Schädellage.

8. I. 02. 3^{00} nm. Muttermund 3 markstückgroß. Temp. 38,3°.

Beginnende Dehnungserscheinungen. Pfeilnaht quer mit Tiefstand der großen Fontanelle. Blasensprung: 8. I. 5^{00} nm. durch Kornzange. Tiefe Incisionen in den Muttermund, Zange, manuelle Plazentarlösung wegen Blutung (Narkose). Postpartumblutung, Tamponade. Entwicklung eines reifen, leicht asphyktischen Mädchens. Wochenbett normal.

Mutter und Kind am 28. I. 02. gesund entlassen.

Fall 3. Bd. VI. Nr. 161.

20jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: Mitte Juni 1902. Beckenhöhle geräumig. Beginn der Wehen: 16. III. 02. 12^{30} vm. Kontraktur des Orificium externum.

19. III. 10^{00} vm. Muttermund talergroß. 11^{00} künstl. Blasensprung. Temp. 38,9°.

Incisionen am Muttermund, Zange. Geburt eines reifen, gesunden Mädchens. Gebärmutter gut kontrahiert. Am 3. Wochenbettage Temp. 38,9°, vom 5. Tage an wieder normal.

Mutter und Kind am 31. III. 02. gesund entlassen.

Fall 4. Bd. X. Nr. 44.

23jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand stets gut. Becken: Äußerer diagon. Dm. 18 cm. Plattes Becken. Ib Schädellage. Beginn der Wehen: 5. X. 05. 11^{00} nm. sehr schwach. Blasensprung: 6. X. 05. 5^{00} vm.

6. X. 6^{00} nm. kindl. Herztöne sehr schlecht. Muttermund 5markstückgroß.

Seitliche Cervixincisionen, Zange, Entwickelung eines reifen, gesunden Mädchens. Kleiner Scheidenriß, Naht. Wochenbett normal.

Mutter und Kind am 21. X. 05. gesund entlassen.

Fall 5. Bd. X. Nr. 70.

31jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 23. II. 05. Beckenhöhle: geräumig. Beginn der Wehen: 1. XI. 05. 4^{00} vm. sehr schwach. II. Schädellage. Temp. 39,1°. Blasensprung: 1. XI. 4^{00} vm.

3. XI. 10^{30} vm. Muttermund talergroß.

11^{30} vm. Tiefe Inzisionen des Muttermundes vorn und hinten nach Dührssen; Zange, Entwicklung eines reifen, gesunden Knaben. Naht der Inzisionen, Gebärmutter schlecht kontrahiert, Tamponade. Vom 2. Wochenbettage an normale Temperatur.

Mutter und Kind am 14. XI. 05. gesund entlassen.

Fall 6. Bd. X. Nr. 215.

23jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Beckenhöhle: geräumig. Beginn der Wehen: 2. IV. 06. 1^{00} vm. schwach. IIb Schädellage. Blasensprung: 2. IV. 11^{00} vm.

3. IV. 9^{00} vm. Herztöne wechselnd. Anlegen der Zange nach tiefen Cervixincisionen nach Dührssen, Episiotomie. Entwicklung eines reifen, gesunden Knaben. Dammriß II. Grades. Naht. Gebärmutter gut kontrahiert. Normales Wochenbett.

Mutter und Kind am 19. IV. 06. gesund entlassen.

Fall 7. Bd. X. Nr. 229.

37jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 10. VII. 05. Beckenhöhle: geräumig. Beginn der Wehen: 17. IV. 06. 10^{00} vm. IIa Schädellage. Blasensprung: 18. IV. 06. 8^{00} nm.

20. IV. 11^{15} vm. Cervixincisionen wegen Rigidität der Genitalien; Zange, Episiotomie, Naht (Narkose). Entwicklung eines reifen, gesunden Knaben. Wochenbett normal.

Mutter und Kind am 1. V. 06. gesund entlassen.

Fall 8. Jahrg. 1907. I. Halbj. Nr. 202.

30jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 24. VII. 06. Beckenhöhle: geräumig. Wehenbeginn: 21. IV. 07. 11^{00} vm. schwach. Blasensprung: 21. IV. 3^{30} nm.

22. IV. 11^{00} vm. Muttermund 50 pfennigstückgroß, Kopf tief im Becken.

22. IV. 4^{00} nm. Sinken der kindl. Herztöne, 105 in der Minute. Muttermund 1 markstückgroß. 4^{30} nm. Entbindung durch Zange in Narkose. Manuelle Dehnung des Muttermundsaumes und durch kleine Einschnitte. Episiotomie. Naht der Episiotomie. Entwicklung eines reifen, gesunden Knaben in II. Hinterhauptslage. Normales Wochenbett.

Mutter und Kind am 4. V. 07. gesund entlassen.

Fall 9. Jahrg. 1908. Nr. 455.

26jähr. I. para. Mit 12 Jahren Lungenentzündung, sonst stets gesund. Letzte Regel: Anfang Juni 1907. Becken: D. crist. 27 cm, D. spin. 23,5 cm, D. troch. 30 cm, Äuß. diag. Dm. 18 cm. Wehenbeginn: 8. III. 08. 10^{00} nm. sehr schmerzhaft. Blasensprung: 9. III. 2^{30} nm.

9. III. 5^{00} nm. wegen schlechter Eröffnung des Muttermundes seitl. Cervixincisionen, Zange, Entwicklung eines reifen, gesunden Knaben in I. Hinterhauptslage. Wochenbett ohne Störung.

Mutter und Kind am 29. III. 08. gesund entlassen.

Fall 10. Jahrg. 1908. Reg. 249.

38jähr. I. para. War viel krank, litt an Skrofeln und Drüsenvereiterung. Letzte Regel: Anfang Januar 1908. Becken: Äußerer diag. Durchm. 18,5 cm. Eröffnungswehen: 11. X. 08. 4^{00} nm. sehr schlecht. Blase war bei der Aufnahme bereits gesprungen.

14. X. Muttermund talergroß.

15. X. 9^{30} vm. Schüttelfrost, Temp. 38,1°, Puls 120.

11^{30} vm. Beendigung der Geburt durch Dilatation mit dem Dilatator und tiefe Inzision nach Dührssen hinten. Hohe Zange. Entwicklung eines reifen, leicht scheintoten Kindes, das sich im warmen Bade erholt. Trotz Episiotomie mäßig großer Scheiden- und Dammriß II. Grades. Naht der Cervix-, Scheiden- und Dammwunden nach Ausstoßung der Placenta. Endometritis puerperalis.

Bis zum 10. Wochenbetttage Fieber bis zu 38,2° und hoher Puls.

Entlassungsbefund vom 2. XI. 08.: Normale Zurückbildung der Geschlechtsteile, keine Druckempfindlichkeit, kein Exsudat. Kind normal.

Fall 11. Jahrg. 1908 Reg. 291.

38 jähr. X. para. 6 Sportangeburten; 3 Querlagen, Kinder starben während der Geburt. Letzte Regel: Ende April 1908. Becken: normal. Eröffnungswehen: 5. XII. 08. 1^{00} nm. Aufnahme: 5. XII. 3^{00} nm. Blasensprung war bereits erfolgt, es bestand ziemlich starke Blutung.

5. XII. 4^{00} nm. Querlage Ia. Muttermund handtellergroß. Wendung, Entwicklung; Kontraktur der Cervix hält den Kopf fest. Cervixincisionen. Der Kopf folgt. Kind tief scheintot; Katheterismus der Trachea, danach kommt die Atmung allmählich in Gang. Expressio Placentae.

5. XII. 5^{30} nm. Mutter verfällt; Uterus wird groß. Entfernung einer Menge Coagula. Uterus bleibt weich. Tamponade. Kräftige Erhärtung. NaCl-Infusion 1 l.

6. XII. 11^{00} vm. Tamponade wird entfernt, keine Blutung. Kind kollabiert; hochwarmes Bad, danach Besserung.

6. XII. 5^{15} nm. stirbt das Kind.

Normaler Wochenbettverlauf.

Mutter am 12. XII. 08. gesund entlassen.

Fall 12. Jahrg. 1908. Nr. 299.

28 jähr. I. para. Im 16. Jahre Blutarmut. Beckenhöhle: geräumig. Letzte Regel: Ende Februar 1908. Eröffnungswehen: 10. XII. 08. 10^{00} vm. schwach. Blasensprung: 11. XII. 10^{00} vm.

12. XII. 9^{00} nm. Abgang von Kindspech, Herztöne wechselnd. 11^{00} nm. Incision der Portio cervicalis ca. 2 cm lang. Hohe Zange. Entwicklung eines reifen, gesunden Kindes. Manuelle Lösung der Plazenta, Atonie des Uterus, Tamponade des Cavum uteri und der Scheide, Sandsäcke, darauf steht die Blutung.

13. XII. 11^{00} vm. Cervixnaht (4 Nähte).

Entlassungsbefund vom 24. XII. 08.: Uterus zeigt normale Lage und Rückbildung. Kind gesund.

Fall 13. Jahrg. 1909. Reg. 45.

31 Jahre; bisher 1 Abort von 2 Monaten. Früherer Gesund-

heitszustand gut. Beckenhöhle: geräumig. Letzte Regel: 5. V. 08. Eröffnungswehen: 17. II. 09. kräftig.

23. II. Muttermund bleibt auf der Größe eines Fünfmarkstückes stehen, Geburt geht trotz starker Wehen nicht weiter.

24. II. Temperatur steigt auf 38,2°. Kein Fortgang der Geburt; Schwellung der Weichteile.

12^{30} nm. Nach sorgfältiger Desinfektion der Genitalien Inzision der hinteren Cervixwand, Achsenzugzange. Ganz allmähliche Extraktion eines reifen Knaben, Episiotomie. Cervix- und Scheidennaht. Uterustamponade wegen Atonie; Ergotin. Urin: Spuren von Eiweiß; Cystitis. Bis zum 2. Wochenbettage leichte Temperaturen.

Kind stirbt am 2. Tage nach der Geburt infolge Gehirnblutungen durch Kompression der Zunge intra partum.

Mutter am 14. III. 09. als geheilt entlassen.

Fall 14. Jahrg. 1910. Reg. 248.

38jähr. I. para. Becken: normal. Letzte Regel: 17. IX. 09. Eröffnungswehen: 25. VI. 10. 8^{00} nm. schwach. Blasensprung: 27. VI. 5^{00} nm.

27. VI. 7^{15} nm. Muttermund kleinhandtellergroß.

28. VI. 10^{30} vm. Kleine Inzision des Muttermundes rechts und links; Zange, Episiotomie. Entwicklung eines reifen, gesunden Kindes. Naht der Cervix und Scheide. Wochenbett ohne Störung.

Mutter und Kind am 8. VII. 10. geheilt entlassen.

Fall 15. Jahrg. 1910. Reg. 286.

32jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Beckenhöhle: geräumig. Letzte Regel: Anfang November 1909. Eröffnungswehen: 20. VII. 10. 8^{00} vm. schwach. Blasensprung: 22. VII. 10^{00}. vm.

23. VII. 6^{00} vm. Beschleunigung der kindlichen Herztöne. Temp. 38,5°, Puls 120. Doppelseitige Inzision der gewulsteten vorderen Muttermundslippe. Zange, Episiotomie, Entwickelung eines reifen Knaben. Naht (Narkose). Normales Wochenbett. Heilung per primam.

Mutter und Kind am 3. VIII. 10. gesund entlassen.

Fall 16. Jahrg. 1911. Reg. 221.

26jähr. II. para. 1 Knabe spontan geboren. Als Kind Typhus. Beckenhöhle: geräumig. Letzte Regel: Ende September 1910.

Eröffnungswehen: 6. VII. 11. 8^{00} nm. unregelmäßig.

7. VII. 10^{00} vm. Temp. 37,6°, Puls 88. 9^{00} nm. kindl. Herztöne unregelmäßig. Blase wird gesprengt, Muttermund erweitert sich bis zu Handtellergröße; Kopf in Beckenmitte. Wehen ohne Erfolg; Zange nach 3 radiären Muttermundsinzisionen. Kleiner Dammriß. Entwicklung des Kindes in Hinterhauptslage, Kind reif und gesund. Keine Cervixnähte, Dammnaht. 1 Spritze Ergotin. Langsame Rückbildung der Gebärmutter. Bis zum 5. Wochenbetttage leichte Temperaturen bis zu 38,0°. Ausfluß blutig. Spülung des Uterus mit Lysoform, Sitzbäder. Uterus wird langsam kleiner.

3. VIII. Curettement.

Entlassungsbefund vom 9. VIII. 11.: Uterus fest im kleinen Becken, Muttermund geschlossen, Parametrien frei, sonst o. B. Kind gesund.

Fall 17. Jahrg. 1911. Reg. 393.

I. para. Alter: ? Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 16. X. 10. Beckenhöhle: geräumig. Eröffnungswehen: 18. VII. 11. 10^{00} nm.

20. VII. 11. 4^{00} vm. Eklampsie, Temp. 37,4°, Puls 140. Kopf in Beckenmitte, Blase steht, Muttermund 5 markstückgroß. Sprengung der Blase. Multiple Cervixincisionen. Zange, Episiotomie. Entwicklung eines reifen, gesunden Knaben. Placentarlösung, Naht der stark blutenden Cervixincisionen und der Episiotomiewunde. Uterustamponade. Harn (mehrfach untersucht): kein Eiweiß.

25. VII. Uterus involviert sich schlecht, Secale.

30. VII. Episiotomie-Naht nicht primär geheilt, klafft leicht: Essigs. Tonerde-Verband, Sitzbäder.

Entlassungsbefund vom 13. VIII. 11.: Episiotomiewunde gut zugranuliert, Uterus im Becken, Allgemeinbefinden gut. Kind gesund.

Fall 18. Jahrg. 1911. Reg. 407.

23 jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 19. IX. 10. Beckenhöhle: geräumig. II. Schädellage. Eröffnungswehen: 5. VII. 11. 2^{00} vm. schwach.

6. VII. 8^{00} vm. kindl. Herztöne unregelmäßig. Kopf in Beckenmitte. Muttermund noch nicht ganz erweitert. Cervixincisionen. Zange. Episiotomie. Entwicklung eines reifen, scheintoten Mäd-

chens, das sich im überwarmen Bade bald erholt. Naht. Normales Wochenbett.

Entlassungsbefund vom 20. VII. 11.: Episiotomiewunde fest verheilt, Uterus im kleinen Becken. Kind gesund.

Fall 19. Jahrg. 1911. Reg. 459.

29jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Beckenhöhle: geräumig. Letzte Regel: Anfang November 1910. Eröffnungswehen: 16. VIII. 11. 6^{00} nm. schwach. Blasensprung: 19. VIII. 10^{00} nm.

21. VIII. 10^{00} vm. starke, ödematöse Schwellung der vord. Kolumne; Kopf in Beckenmitte, Muttermund 5markstückgroß. Stichelung der vord. Kolumne, Inzisionen des Muttermundes, Zange. Episiotomie. Entwickelung eines lebendfrischen, reifen Kindes. Nach Ausstoßung der Plazenta starke Blutung aus dem weichen Uterus; Tamponade, Ergotin. Naht der Episiotomiewunde. Wochenbettverlauf durch Cholelithiasis mit Icterus gestört.

Mutter und Kind am 1. IX. 11. entlassen.

Fall 20. Jahrg. 1911. Reg. 540.

27jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 25. XII. 10. Eröffnungswehen: 8. X. 11. 3^{00} nm. schwach.

9. X. 9^{00} vm. Eklampsie. 11^{00} vm. zweiter Anfall. 4 Cervixincisionen, Zange, Episiotomie, Naht. Entwickelung eines reifen, gesunden Mädchens. Harn: Esbach 14 ‰ Albumen.

10. X. Harn: 3 ‰ Albumen. Milchdiät.

12. X. Harnmenge normal. Esbach $^3/_4$ ‰.

15. X. Esbach 1 ‰. Wunden glatt geheilt.

18. X. Esbach $^1/_2$ ‰.

20. X. 11. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 21. Jahrg. 1911. Reg. 543.

30jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Beckenhöhle: geräumig. Letzte Regel: 25. XII. 10. Eröffnungswehen: 12. X. 11. 6^{00} vm. schwach. Blasenspruug: 13. X. 4^{00} nm.

14. X. 8^{00} vm. Temp. 39,2°, Puls 90. Muttermund handtellergroß. Cervixincision, Zange, Episiotomie. Entwickelung eines reifen, gesunden Knaben.

21. X. Episiotomie nicht verheilt.

24. X. Nach 10 fieberfreien Tagen Temp. 38,5°, Ausfluß übelriechend.

26. X. Temp. 39,8°. Jodalkoholspülung des Uterus.

28. X. Entfernung von Eihautresten.

31. X. Temp. normal. Episiotomiewunde heilt unter Höllensteinbehandlung.

7. XI. 11. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 22. Jahrg. 1911. Reg. 584.

I. para. Alter: ? Früher Diphtherie, Scharlach, im 15. Jahre Typhus, seitdem Unterleibsleiden: Ausfluß. Becken: D. crist. 26 cm, D. spin. 22,5 cm. Äuß. diag. Dm. 17,5 cm. Letzte Regel: 12. II. 11. Eröffnungswehen: 30. XI. 11. 3^{30} vm.

30. XI. 5^{00} nm. starke, fast krampfartige Wehen. Muttermund markstückgroß, Kopf im Becken, Blase steht, wölbt sich aber kaum in den Muttermund vor.

7^{00} nm. Muttermund nicht weiter geworden, stark geschwollen, Dehnungsversuch durch Finger erfolglos. Blase springt dabei.

7^{30} nm. Inzision des Muttermundes. Zange, Episiotomie, Entwickelung eines reifen, gesunden Knaben. 1 Spritze Pituitrin. Uterus kontrahiert sich gut; nach 10 Minuten wird Placenta durch Credé entfernt. Naht der Cervix und der Episiotomie.

9. XII. Wunden gut verheilt. In den ersten Tagen post partum leichte Temperaturen.

20. XII. 11. Uterus normale Zurückbildung.

Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 23. Jahrg. 1911. Reg. 609.

24 jähr. II. para. 1. Geburt spontan. Früher Magenkrämpfe, jetzt Gonorrhöe. Letzte Regel: 1. IV. 11. Eröffnungswehen: 16. I. 12. 9^{00} nm. Blasensprung: 17. I. 12. 7^{00} vm.

17. I. 10^{00} vm. Abgang von Meconium. Kdl. Herztöne gut.

9^{15} nm. Herztöne sehr beschleunigt. Muttermund 5 markstückgroß. Cervixincisionen nach 4 Seiten, Zange, wegen großen Kindes Extraktion langsam und schwierig, Riß der vorderen Vaginalwand. Entwicklung eines reifen, gesunden Knaben. Naht der vagina, Cervixincisionen werden nicht genäht. Vom 5. bis 11. Wochenbettage Temperatursteigerungen: Gonorrhoe.

14. II. 12. Uterus gut zurückgebildet.

Mutter und Kind entlassen.

Fall 24. Jahrg. 1911. Reg. 610.

23 jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 23. III. 11. Beckenhöhle: geräumig. Eröffnungswehen: 14. XII. 11. 10^{00} nm. schwach. Fruchtwasser bereits vorher abgeflossen.

16. XII. 11^{30} vm. 1 Spritze Pituitrin wegen fortdauernder Wehenschwäche: kräftige Wehen.

6^{00} nm. wegen Stillstandes der Geburt 2 Cervixincisionen, Episiotomie, Zange. Entwicklung eines lebenden, frühreifen Kindes. Naht der Episiotomie, Cervix nicht genäht. Placenta durch Credé entfernt.

18. XII. Kind an Atelektase gestorben.

26. XII. Episiotomiewunde gut verheilt.

28. XII. 11. Mutter gesund entlassen.

Fall 25. Jahrg. 1912. Reg. 179.

36 jähr. I. para. Im Kindesalter: Brechdurchfall, Diphtheritis, Masern, Scharlach, Lungenentzündung, lernte mit 2 Jahren laufen. Später Bleichsucht, mit 21 Jahren Typhus. Letzte Regel: 23. VI. 11. Eröffnungswehen: 29. III. 12. 6^{00} vm. unregelmäßig. Fruchtwasser angeblich schon einige Tage vorher abgeflossen.

2. IV. 12. 4^{30} nm. Kdl. Herztöne: 180. Muttermund etwa talergroß, Ränder sehr straff, vorliegender Teil der Kopf. Zange, auf Zug keine wesentl. Erweiterung des Muttermundes, Incision auf beiden Seiten, Extraktion, Episiotomie. Entwicklung eines leicht asphyktischen, reifen Mädchens, das sich nach 1 Minute erholt. Naht der Incisionen. Die Portio zeigt außer den Incisionen noch 3 bis 7 cm lange Einrisse, Vereinigung der Wundränder durch Naht, ebenso Naht eines etwa 6 cm langen Scheidenrisses und der Episiotomiewunde, Entfernung der Nachgeburt durch Credé. Blutung steht. Normales Wochenbett.

Entlassungsbefund vom 13. IV. 12: Ausfluß wässerig, Parametrien frei, Uterus im kl. Becken. Kind gesund.

Fall 26. Jahrg. 1913. Reg. 59.

37 jähr. I. para. Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: Anfang April 1912. Eröffnungswehen: 13. I. 13. 1^{00} vm. schwach. Blasensprung: 14. I. 12^{30} vm. mit Kindspech vermischt.

14. I. 1^{00} nm. wegen Stillstandes der Geburt und Abgang von Kindspech Inzisionen am Muttermund vorn, hinten und zu beiden Seiten, ergiebige Episiotomie; Zange im queren Durchmesser. Extraktion des kindl. Schädels durch das Becken äußerst schwierig. Entwicklung eines reifen, leicht asphyktischen Kindes. Manuelle Lösung der Placenta wegen Atonie des Uterus, und weil Credé wegen der dicken Bauchdecken unmöglich. Tamponade des Uterus, Secacornin, Pituglandol. Naht mit Catgut.

1. II. 13. Wunde gut geheilt. Uterus im kl. Becken. Parametrien frei; geringer Ausfluß, ohne Beschwerden.

Mutter und Kind entlassen.

Fall 27. Jahrg. 1913. Reg. 226.

VII. para. Alter: ? Von den 6 bisherigen Geburten 1 Zange, 2 Querlagen. Früherer Gesundheitszustand gut. Plattes Becken.

30. III. 13. 7^{00} vm. I. dorsoposteriore Querlage. Wehentätigkeit gleich Null. Muttermund 5markstückgroß. 11^{00} vm. Wendung auf den Fuß. Wegen Rigidität des äußeren Muttermundes rechtsseitige Inzision. Entwicklung eines asphykt. Mädchens, das sich langsam erholt. Wegen Blutung manuelle Lösung der Placenta. Beim Eingehen ergibt sich, daß die Inzision nach oben weiter gerissen ist, durch den Riß sind Darmschlingen durchzufühlen. Probelaparatomie. Peritoneum hat über dem Riß gut gehalten. Schluß der Bauchwunde; äußere Haut fortlaufend mit Catgut. Verband. Sandsack. Herabziehen der Cervix von der Scheide, Umstechung der blutenden uterina. Naht des Cervixrisses mit Knöpfen und 2 versenkten Nähten. Vereinigung der Scheidenschleimhaut.

11. IV. 13. Wunde und Wochenbettverlauf ohne Störung. Narbe gut geheilt.

Mutter und Kind auf Wunsch entlassen.

Fall 28. Jahrg. 1913. Reg. 398.

23 jähr. I. para. Gewicht ca. 200 Pfd. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: ? Eröffnungswehen: 4. V. 13. 3^{00} nm. Blasensprung: gleichzeitig.

Kopf hoch im Beckeneingang, Muttermund 5markstückgroß.

5. V. 13. 4^{00} nm. Kopf ein wenig tiefer getreten, Pfeilnaht fast querstehend. Da keine Aussicht auf spontane Beendigung der Geburt besteht, hohe Zange. Schuchard-Entspannungsschnitt,

multiple Inzisionen der Cervix; nach langem angestrengten Ziehen wird ein asphyktischer Knabe geboren, der sich bald erholt. Naht der Inzisionen, manuelle Placentarlösung. Jodalkoholspülung, Secacornin.

13. V. Cystitis acuta nach Katheterisieren. Lochiometra.

16. V. Cystitis abgeklungen.

18. V. Doppels. Mastitis.

26. V. Inzision beider Brüste; reichl. Eiter.

23. VI. Nochmaliger Temperaturanstieg.

24. VI. Temperatur normal.

30. VI. 13. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 29. Jahrg. 1913. Reg. 576.

34jähr. IV. para. 3 Querlagen, davon 2 Totgeburten. Früherer Gesundheitszustand gut. Becken: einfach platt. Letzte Regel: 29. XII. 12. Eröffnungswehen: 4. X. 13. 5^{00} vm. schwach. Blasensprung: 6. X. 13. 7^{00} nm.

Wegen Ia Querlage Wendung, Extraktion, Cervixincision Entwicklung eines reifen, lebensschwachen Knaben, der am 7. X. 1^{00} vm. stirbt. Naht der Cervix. Wochenbett normal.

Entlassung am 17. X. 13.

Fall 30. Jahrg. 1914. Reg. 22.

21jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: Ende April 1913.

24. XII. 13. 2^{00} nm. Patientin wird in bewußtlosem Zustande eingeliefert. 2^{20} nm. eklamptischer Anfall. 2^{30} nm. Muttermund handtellergroß, II. Schädellage. Nach Schuchardschnitt und Dührssen'schen Muttermundsschnitten wird Zangenextraktion gemacht. Lebendes, unreifes Kind (Länge 46 cm, Gew. 2000 g), das sich in der Folge gut entwickelt. Naht der Schnitte.

25. XII. 11^{00} vm. erwacht die Frau zum Bewußtsein.

28. XII. Harnmenge 400 ccm.

29. XII. Harnmenge 700 ccm.

1. I. Harnmenge 850 ccm, Anfall.

4. I. Harnmenge 1500 ccm, Elektr. Lichtbäder.

Mutter und Kind am 12. I. 14. gesund entlassen.

Fall 31. Jahrg. 1914. Nr. 2697.

34jähr. I. para.

18. VII. 14. abends gegen 12 Uhr bewußtlos eingeliefert. Am Unterschenkel Ödeme mittl. Grades. Harn erstarrt beim Kochen zu einer Eiweißsäule.

Innere Untersuchung: Muttermund kleinhandtellergroß, Blase gesprungen, Kopf in Beckenmitte. Seitliche Cervixinzisionen, Episiotomie, Zange. Kind stark scheintot, kommt nach einhalbstündigen Wiederbelebungsversuchen zu sich. Manuelle Plazentarlösung, Naht der Inzisionen.

19. VII. 14. Bewußtsein hellt sich auf. Harn: Alb. + + +, Menge 1800 ccm.

28. VII. 14. Alb. —, Menge 2100 ccm.

Entlassungsbefund vom 31. VII. 14.: Genitalien intakt. Harn dauernd frei von Albumen. Gutes Befinden. Kind gesund.

Fall 32. Jahrg. 1915. Nr. 3756.

22 jähr. I. para. Krankheiten im Kindesalter: Scharlach, Diphtherie, Kopfrose. Erster Tag der letzten Regel: 2. XI. 14.

Eröffnungswehen: 13. IX. 15. 8^{00} nm.

Blasensprung: 14. IX. 15. 10^{00} vm. Fruchtwasser grün verfärbt. Herztöne schwanken zwischen 90 und 140 in der Minute. Muttermund 5 markstückgroß. 10^{30} vm. Muttermundsinzision, Episiotomie, Zange, Entwickelung eines scheintoten Kindes, das durch Schulze'sche Schwingungen zum Schreien gebracht wird. 1 ccm Pituglandol und 2 ccm Secacornin. Naht der Inzisionswunde und Episiotomiewunde mit Catgut und 6 Silkfäden. Plazenta wird durch Credé entfernt. Glatte Wundheilung, am 4. und 6. Wochenbettage Temperaturanstieg auf 38,5°.

Entlassungsbefund vom 28. IX. 15.: Dammnaht gut geheilt. Sonst o. B. Kind gesund.

Fall 33. Jahrg. 1916. Nr. 4862.

27 jähr. I. para. Rhachitis, lernte mit 2 Jahren laufen. Letzte Regel: Ende Dezember 1915.

Eröffnungswehen: 22. X. 16. 2^{00} vm. I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Becken.

Innere Untersuchung: Muttermund markstückgroß, Blase gesprungen, Kopf fest auf dem Beckeneingang. Vorberg leicht zu erreichen.

23. X. 16. 9^{00} nm. Muttermund talergroß, scharfrandig, Kopf

fest auf dem Beckeneingang. Temperatur 38,4°. Puls 90.

10^{00} nm. Hohe Zange, Schuchardschnitt und Dührssen'sche Inzisionen am Muttermund. Plazenta durch Credé entfernt. Naht. Kind leicht scheintot. Wochenbett normal.

Mutter und Kind am 12. XI. 16. gesund entlassen.

Fall 34. Jahrg. 1917. Nr. 5041.

28 jähr. II. para. 1 Spontangeburt, Mädchen totgeboren. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: Anfang April 1916.

22. I. 17. Leichte Wehen.

26. I. 17. Trotz Pituglandol bleiben die Wehen sehr schwach.

27. I. 17. 4^{00} vm. Plötzlich eklamptischer Anfall. Harn: 4 ‰ Alb. Dührssen'sche Muttermundseinschnitte, hohe Zange. Entwickelung eines leicht asphyktischen Kindes, das bald lebhaft schreit. Trotz Secacornin und Pituglandol Uterus sehr weich, Credé ohne Erfolg, manuelle Plazentarlösung. Uterus bleibt weich, Tamponade. Naht, Ausstopfen der Scheide mit Watte. Sandsack, Eisblase. Vom ersten Wochenbettage an Temperatursteigerungen, welche am 6. Tage schwer fieberhaft auftraten.

Am 8. II. 17. Exitus an Peritonitis. Kind entwickelt sich gut.

Fall 35. Jahrg. 1917. Nr. 5610.

36 Jahre. Bisher 1 Extrauterinschwangerschaft, Operation. Als Kind Masern, Scharlach, später Blinddarmentzündung (Operation). Letzte Regel: 3. XII. 16.

5. IX. 17. 1^{00} vm. Wehen und Blasensprung. II. Schädellage, Kopf im Becken; schwache Wehen.

6. IX. 17. 10^{30} nm. beginnende Schwellung der vorderen Muttermundslippe und Temperaturanstieg. Wegen vorhergegangener Haemoptoë soll angestrengte Geburtstätigkeit erspart werden; daher 2 seitl. Muttermundsinzisionen, hohe Zange, ausgiebige Episiotomie rechts. Entwickelung eines reifen Mädchens. Wegen Blutung manuelle Plazentarlösung, wegen anhaltender Atonie Tamponade des Uterus. Naht der Inzisionen, rechtss. Einschnitt ist 2 cm weiter gerissen; Naht der Episiotomie sowie eines hohen Scheidenrisses.

Wochenbettverlauf: Wunde entzündlich gerötet, Ränder infiltriert. Rückgang der Erscheinungen nach feuchten Umschlägen. Ausbildung eines linkss. parametritischen Exsudates unter Fieber

Allmähliche Verkleinerung des Exsudates. Genitalienrückbildung ohne Störung.

Entlassungsbefund vom 31. X. 17.: Genitalien normal zurückgebildet, Wunde gut geheilt. Parametrien links noch etwas infiltriert. Kein Druckschmerz mehr daselbst. Kind gesund, gedeiht sehr gut.

Fall 36. Jahrg. 1918. Nr. 6137.

36jähr. I. para. Frühere Krankheiten: Lungenleiden, Asthma. Letzte Regel: 30. VI. 17.

26. III. 18. 10^{00} vm. Patientin kommt mit gesprungener Blase zur Aufnahme. II. Schädellage, Kopf beweglich über dem Becken.

27. III. 18. 4^{00} nm. Wehenbeginn.

28. III. 18. 11^{00} vm. Herztöne werden unregelmäßig, sinken auf 80 in der Minute, Kopf ist ins Becken eingetreten; Muttermund markstückgroß, Kontraktionsring 3 Querfinger unter Nabelhöhe. 2 Dührssen'sche Inzisionen seitlich, Schuchardschnitt links vorher. Zange. Naht. Entwickelung eines reifen, asphyktischen Knaben, der sich schnell erholt. Plazenta vollständig. Normales Wochenbett.

Entlassungsbefund vom 13. IV. 18.: Genitalien intakt. Wohlbefinden; Wunden gut geheilt. Kind gesund.

Fall 37. Jahrg. 1918. Nr. 6291.

31jähr. I. para. 1917 Unterleibsoperation. Eröffnungswehen: 21. V. 18. 5^{00} nm. Blasensprung: 22. V. 1^{00} vm.

22. V. 18. 11^{00} vm. Unregelmäßigkeit der kindlichen Herztöne. Schwellung der vorderen Muttermundslippe. Dührssen'sche Inzisionen am Muttermund, 2 seitlich, 1 hinten; Zange, Episiotomie. L. Schnitt reißt bei der Entwickelung des Kopfes kleinfingerlang weiter. Entwickelung eines scheintoten, reifen Knaben, der sich schnell erholt. Naht. Plazenta wird durch Credé entfernt. 2 ccm Secacornin. Normales Wochenbett.

Entlassungsbefund vom 6. VI. 18.: Wunden gut geheilt. Alles in Ordnung. Kind gedeiht.

II. Sectiones caesareae vaginales.

Fall 1. Bd. X. Nr. 120.

36jähr. III. para; Spontangeburten. Früherer Gesundheitszustand gut. Beckenhöhle: geräumig. Letzte Regel: Ende April 1905.

6. I. 06. 8^{30} vm. Patientin wird in tiefem Coma eingeliefert. 9^{30} vm. Eröffnungswehen, Dilatation mit Walchers Instrumente auf 2 cm, Metreuryse. 11^{00} vm. und 1^{00} nm. Muttermund 2 markstückgroß. 3^{00} nm. Kolpohysterostomatomia post., Wendung, Extraktion, Entwickelung eines frühreifen Mädchens (37 Wochen), das sich gut entwickelt.

Mutter stirbt am 7. I. 06. im Coma uraemicum mit Symptomen von Gehirnödem nachmittags 5 Uhr.

Fall 2. Jahrg. 1908. Nr. 80. Reg. 156.

26jähr. II. para. 1 Spontangeburt. Bisheriger Gesundheitszustand gut. Vater im Irrenhause gestorben. Letzte Regel: Anfang November 1907.

22. VI. 08. 6^{30} vm. wegen Eklampsie eingeliefert. Harn: 18 ‰ Albumen. Keine Wehen. 10^{30} vm. Sectio. caesar. vaginal., Wendung, Entwickelung eines leicht asphyktischen, frühreifen Kindes, das sich in der Folgezeit gut entwickelt. Naht. Katheterismus; Harn leicht blutig, Verweilkatheter. Uterus fest kontrahiert. Wochenbett durch Cystitis, Bronchitis, Enteritis und schließlich Paranoia gestört. Letztere macht Überführung in eine Anstalt erforderlich.

Entlassungsbefund vom 30. VII. 08.: Uterus gut involviert; Portio wiederhergestellt, kleiner Recessus zwischen Portio und Fornix. Harn: kein Albumen. Psychisch kombinieren sich Zustände von Verwirrungen und Erregung mit paranoischen Ideen. Kind gedeiht gut.

Fall 3. Jahrg. 1912. Reg. 427. Bd. V.

21jähr. I. para.

6. VIII. 12. 2^{00} nm. Krämpfe bei erhaltenem Bewußtsein. 5^{00} nm. erneuter Krampfanfall, Harn: Alb. + + +; Bewußtlosigkeit, Pupillenstarre. 5^{45} nm. Linksseitige Scheidendamminzision, Sectio caesar. vaginal., Zange. Entwickelung eines asphyktischen, reifen Kindes, das sich bald erholt und kräftig schreit. Placenta manuell gelöst. Naht.

7. VIII. 12. 5^{30} vm. Tod der Patientin im tiefen Coma.

Fall 4. Jahrg. 1913. Reg. 13.

25jähr. I. para. Am 30. XII. 12. aufgenommen; angeblich seit 14 Tagen leidend. Füße und Leib in dieser Zeit ständig an-

geschwollen. Letzte Menses Mitte April 1912. Ödeme an Beinen und Abdomen. Reichl. Ascites. Spärl. sehr hochgestellter Harn; Tagesmenge 600 g, Alb. Esbach 9‰. Ther.: Warmes Bad, Salicylpräparate, Diuretin, Spec. diuret.

1. I. 13. Tagesmenge Harn: 1000 g.

3. I. 13. Punktion des Abdomen wegen hochgr. Dyspnoe.

4. I. 13. 11^{00} vm. Urämische Krämpfe. Sectio caesar. vaginal., Zange. Entwickelung eines asphyktischen Mädchens, das nach ca. 12 Schulzeschen Schwingungen zu schreien beginnt. Viel aspirierte Massen werden mittels Trachealkatheter entleert. Naht. Manuelle Plazentarlösung. 8^{30} nm. plötzl. atonische Nachblutung, steht nach wenigen Minuten durch Sandsackverband. 2 ccm Secacornin.

5. I. 13. Exitus der Patientin durch Herzlähmung.

5. I. 13. 11^{00} nm. Tod des Kindes an Lungenatelektase.

Fall 5. Jahrg. 1913. Reg. 121.

26 jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 13. VI. 1912.

21. II. 13. 10^{00} vm. Eklamptischer Anfall. 4^{30} nm. Einlieferung in die Anstalt. Hochgradige Cyanose des Gesichtes, enorme Schwellungen am ganzen Körper, Zuckungen am ganzen Körper. Harn: Albumen + + +. 5^{30} nm. Sectio caesar. vagin. Innere Wendung auf den Fuß, Entwickelung eines asphyktischen, frühgeborenen Mädchens, das sich schnell erholt. Naht. 2 Spr. Campher.

22. II. 13. 9^{00} vm. neue Anfälle, desgl. gegen Mittag und Abend. Ernährung und Darreichung von Diureticis erfolgt per clysma.

23. II. 13. Pat. ist immer noch in tiefem Coma. Harn: Alb. 9 ‰ Esb.

25. II. 13. Immer noch tief komatös. Esbach 0,25 ‰.

27. II. 13. 5^{45} vm. Exitus im Coma. Todesursache: Gehirnödem.

Fall 6. Jahrg. 1913. Nr. 231.

36 jähr. IX. para. 5 Knaben spontan geboren, leben; das 6. Kind maceriert, 7. Kind zerstückelt, war faultot, schweres Wochenbettfieber; 8. Kind Querlage, tot geboren. Letzte Regel: 20. VII. 12.

Am 18. III. 13. Fruchtwasserabfluß, am 22. III. 13. Vorfall des rechten Armes.

24. III. 13. 10^{00} nm. Einlieferung in die Anstalt. Wendung,

die durch den engen, straffen inneren Muttermund sehr erschwert wird. Durchtritt des nachfolgenden Kopfes trotz kräftigen Zuges und Druckes nicht möglich; deshalb sofort vaginaler Kaiserschnitt und Entwickelung eines frühreifen, asphyktischen Kindes, das sich bald erholt. Naht der Cervix und der Scheidenschleimhaut. Das Wochenbett wird durch Erysipel und Cystitis gestört. Die Operationswunden heilen glatt.

Entlassungsbefund vom 13. IV. 13.: Cystitis besteht noch. Operationswunde ist heil. Ausfluß normal. Kind trinkt gut.

Fall 7. Jahrg. 1913. Reg. 572.

23 jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: Anfang Januar 1913.

17. IX. 13. 9^{30} nm. eklamptischer Anfall, 10^{00} nm. ein zweiter, 10^{30} nm. ein sehr heftiger Anfall. Sectio caesarea vaginalis. Entwickelung eines reifen, lebenden Knaben.

Bis zum 6. Wochenbettage Temperaturen bis zu 38,0°. Gute Wundheilung; rascher Rückgang der Nierenerscheinungen.

Kind stirbt am 24. IX. 13.

Fall 8. Jahrg. 1914. Reg. 97.

18 jähr. I. para. Im 14. Jahre Rheumatismus. Letzte Regel 10. IV. 13.

20. I. 14. Plötzliche Erblindung; deshalb sofortige Entfernung der Frucht aus dem Uterus durch den vaginalen Kaiserschnitt und Extraktion mit der Zange. Lebendes, reifes Kind. Normales Wochenbett, glatte Wundheilung.

Mutter und Kind am 17. II. 14. gesund entlassen; Retinitis albuminurica geheilt.

Fall 9. Jahrg. 1914. Nr. 2628.

36 jähr. II. para; 1899 eine Spontangeburt. Letzte Regel: Anfang November 1913. In der letzten Zeit der Schwangerschaft Kopfschmerzen und Anschwellen der Beine.

14. VI. 14. 3 eklamptische Anfälle, seitdem schlafsüchtig und benommen.

17. VI. 14. 9^{00} vm. Aufnahme in die Anstalt. Pat. ist tief benommen. Harn: Alb. + + +, Menge sehr spärlich. Blase bereits gesprungen, Kopf fest in Beckenmitte, Muttermund talergroß. Entbindung mittels vaginaler Sectio caesarea durch Zange, Ent-

wickelung eines frühreifen, asphyktischen Kindes. Naht. Secacornin, Pituglandol. Diuretin und NaCl-Lösung als Tropfklysma.

18. VI. 14. Harnmenge 4500 g, Esbach 5 ‰. Meist benommen und soporös. Gesichtshalluzinationen.

19. VI. 14. Manisch erregt, Koprolalie, Halluzinationen, zuweilen aggressiv.

29. VI. 14. Seit heute ist Pat. völlig bei Sinnen. Alb. Esbach 0,5 ‰.

Entlassungsbefund vom 12. VII. 14.: Genitalien ohne patholog. Befund. Leichte Nephritis. Kind gedeiht leidlich.

Fall 10. Jahrg. 1914. Nr. 2701.

37jähr. VI. para, 5 Spontangeburten.

20. VII. 14. Patientin wird mit der Diagnose Eklampsie eingeliefert. Sensorium völlig getrübt, Druckpuls. Harn: Albumen + + +. Muttermund für einen Finger durchgängig, Kopf im Beckeneingang. 1^{00} nm. Sectio caes. vaginal., Zange, Entwickelung eines lebensschwachen, frühreifen Kindes. Naht. Blutstillung macht außerordentliche Schwierigkeit, da das Gewebe matsch ist, und die Frau nach späterer Angabe des Mannes leicht zu starken Blutungen bei kleinen Verletzungen neigt. Tamponade des Uterus. Pat. sehr blaß, Puls klein und frequent.

21. VII. 14. Puls ruhiger und kräftiger, Sensorium aufgehellt, Harn noch stark eiweißhaltig.

30. VII. 14. Harn: Alb. —, Diurese gut, Temperatur normal, hoher Puls.

Entlassungsbefund vom 29. VIII. 14. Bei normaler Temperatur noch hoher Puls, blasses, elendes Aussehen. Wunde gut verheilt. Genitalien intakt. Kind gesund.

Fall 11. Jahrg. 1915. Nr. 3525.

19jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: Ende September 1914.

10. III. 15. 3^{00} vm. Eröffnungswehen, schwach. 7^{00} nm. plötzlich eklamptischer Anfall. Portio noch erhalten, Muttermund für einen Finger durchgängig, Blase steht; daher Sectio caesar. vagin. nach Schuchard-Schnitt. Zange. Kind kommt tot zur Welt. Sofortige manuelle Lösung der Placenta. Naht. Bis zum 4. Wochenbettage Temperatursteigerungen bis zu 38,5°.

30. III. 15. Uterus gut zurückgebildet, Wunden gut geheilt.

Fall 12. Jahrg. 1916. Nr. 4374.

25jähr. I. para.

18. III. 16. Patientin kommt zur Aufnahme, da sie an Nephritis leidet. Graviditas m. IX. Unter entsprechender Diät Rückgang der krankhaften Erscheinungen. Harn: dauernd $^3/_4$ ‰ Alb. Auf Wunsch am 24. III. 16. entlassen.

4. IV. 16. 10^{00} vm. eklamptischer Anfall. Sofortige Entbindung durch Sectio caes. vagin. Entwickelung eines toten Kindes. Kein eklamptischer Anfall mehr. Primäre Heilung.

Patientin wird geheilt am 18. IV. 16. entlassen.

Fall 13. Jahrg. 1916. Nr. 4454.

I. para, Alter ? Leidet an Lungentuberkulose. Graviditas mens. VIII.

22. IV. 16. Aufnahme wegen großer Atembeschwerden. Zunächst Abwarten mit lokaler Therapie.

29. IV. 16. Entbindung wegen zunehmender Dyspnoe; Sectio caesar. vagin. Entwickelung eines kleinen, lebensfähigen Kindes. Uterus wird tamponiert.

30. IV. 16. Tamponade wird entfernt. Lungenerscheinungen gehen nicht zurück, Beschwerden werden in den folgenden Tagen stärker; Puls unregelmäßig, klein.

8. V. 16. Plötzlicher Exitus.

15. VII. 16. Kind gesund entlassen.

Fall 14. Jahrg. 1916. Nr. 4762.

30jähr. IV. para; 3 Spontangeburten. Früherer Gesundheitszustand gut. Erster Tag der letzten Regel: 2. XII. 15.

6. IX. 16. 11^{00} nm. Patientin kommt mit gesprungener Blase zur Aufnahme; nur leichte Wehen. I. Steißlage, Steiß noch über dem Becken, Muttermund für 2 Finger durchgängig.

7. IX. 16. 10^{30} vm. Befund der inneren Untersuchung derselbe; pulsierende Nabelschnur ist vorgefallen. Entbindung durch Sect. caes. vaginal.; Entwickelung eines reifen, leicht asphyktischen Mädchens. Naht. 2 ccm Pituglandol, 2 × 2 ccm Secacornin, trotzdem bleibt der Uterus weich. Tamponade. Vorher manuelle Lösung der Plazenta. Wochenbett normal.

17. IX. 16. Patientin verläßt auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat die Anstalt. Kind gedeiht.

Fall 15. Jahrg. 1916. Nr. 4827.

35jähr. IX. para; 8 normale Geburten. Früher Gallenstein-Leberleiden. Letzte Regel: 28. XII. 15.

9. X. 16. 4^{00} nm. Eröffnungswehen. I. Schädellage. 12^{00} nm. Blasensprung. Sinken der kindlichen Herztöne. Portio verstrichen, Muttermund talergroß. Kopf beweglich über dem Becken. Nabelschnur pulsierend vorliegend.

10. X. 16. 1^{00} vm. Sect. caesar. vaginal. Wendung und Extraktion eines lebenden Kindes. Plazenta manuell gelöst. Naht. Pituglandol und Secacornin. Wochenbett normal.

Mutter und Kind am 23. X. 16. gesund entlassen.

Fall 16. Jahrg. 1917. Nr. 5473.

35jähr. VII. para; 6 Spontangeburten. Früher Scharlach, Bleichsucht, Unterleibsentzündungen. Letzte Regel: Ende Oktober 1916.

4. VII. 17. Eingeliefert zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Nephritis. Starke Ödeme; im Harn nur Spuren Eiweiß.

6. VII. 17. 12^{50} nm. Einführen von Metallbougies durch den für 2 Finger durchgängigen Muttermund. Mäßige Blutung infolge tiefen Sitzes der Plazenta. Weil Blutung nicht steht, Blasensprengung, wobei die pulsierende Nabelschnur zum Vorliegen kommt. Trotz spontanen Rückschlüpfens derselben keine Erholung der kindlichen Herztöne; daher sofortiger vaginaler Kaiserschnitt. Entwickelung des Kindes mit der Zange, zunächst asphyktisch, erholt es sich schnell im Bade, Cervix wegen des tiefen Sitzes der Plazenta sehr brüchig. Naht. 1 ccm Pituglandol, 4 ccm Secacornin. Wochenbett fieberfrei. Gute Wundheilung.

Entlassungsbefund vom 21. VII. 17.: Keine Beschwerden. Uterus gut rückgebildet. Harn frei von Albumen. Kind gesund.

Fall 17. Jahrg. 1917. Nr. 5857.

45jähr. VII. para. 1 $\times$ Placenta praevia. Letzte Regel: Mitte April 1917.

25. XII. 17. 6^{00} vm. Patientin kommt mit Blutung zur Aufnahme; nur ganz leichte Wehen. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Placenta total vorliegend. 1^{00} nm. Die Blutung wird

stärker. Wendung nach Braxton-Hicks. Da der Nabelschnurpuls schwach wird, vordere vaginale Sectio. Das Kind wird tief scheintot entwickelt, nach $^1/_4$ Stunde wiederbelebt. Plazenta wird gleich geboren. Naht. 2 ccm Secacornin. Uterus kontrahiert sich gut. Im Wochenbett eine leichte, akute Bronchitis. Schnell geheilt. Im übrigen keine Störung. Gute Wundheilung. Kind gedeiht.

Fall 18. Jahrg. 1918. Nr. 6390.

37jähr. V. para; 4 Spontangeburten, 1 Abort. Letzte Regel: Anfang Oktober 1917. In den letzten Wochen Fieber, starke Blasenschmerzen, häufiger Harndrang.

Befund am 23. VI. 18.: Graviditas m. IX., Muttermund fast 2markstückgroß. Harn: trübe, grau, reichlich Leukozyten. Leichte Struma. Allgemeiner Zustand, Harnbefund, Temperatur, Größe des Kindes indizieren, bezw. berechtigen zum Eingriff. Sect. caesar. vaginal. Naht mit Drainage. Entwickelung der Frucht mittels Wendung und Extraktion. Frucht leicht asphyktisch, lebt schnell wieder auf. Bei Beendigung der Operation erleidet Patientin einen schweren Narkosenzustand: Herz setzt aus, Pupillen maximal erweitert. Campher, künstliche Atmung und Herzmassage bringen langsam Besserung.

16. VII. 18. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 19. Jahrg. 1918. Nr. 6784.

30jähr. I. para. Letzte Regel: 15. II. 1918.

19. XI. 18. Eingeliefert mit der Diagnose: Placenta praevia. Geringe Blutung.

20. XI. 18. 10^{00} vm. In der Nacht keine bemerkenswerte Blutung.

21. XI. 18. 5^{00} vm. Abgang größerer Coagula. 8^{00} vm. Vorbereitung zur operativen Entbindung. 10^{00} vm. vordere Kolpohysterostomatomie. Scheideneingang und Vagina eng. Linksseitiger Schuchard. Vorziehen der Portio schwierig. Gewebe sehr zerreißlich. Muttermund für einen Finger durchgängig. Ein Teil der Plazenta liegt vor. Kopf steht beweglich hoch über dem Becken. Frucht scheint klein. Kindliche Herztöne links unter dem Nabel. Abschieben der Blase schwer. Vaginitis granulosa. Vordere und hintere Inzision der Cervix. Wendung auf den Fuß, Extraktion der Frucht. Frucht scheintot, wird wiederbelebt. Placenta folgt

auf Credé. Naht. Vorderer Schnitt etwas weiter eingerissen. Drainage der Scheidenwunde. Wochenbett o. B. Kind gedeiht gut.

Fall 20. Jahrg. 1919. Noch nicht registriert.

45 jähr. IX. para. Frühere Geburten ohne Arzt.

3. III. 19. Patientin kommt zur Aufnahme mit Scheidentamponade. Tamponade entfernt. Scheidenspülung. Keine Blutung. Innere Untersuchung: Portio noch erhalten, Muttermund für 1 Finger durchgängig. Blase steht.

5. III. 4^{00} vm. Blasensprung; es geht viel Fruchtwasser ab.

6. III. 6^{00} nm. Einlegen eines Metreurynters. 11^{00} nm. Ausstoßung des Metreurynters. Becken leer, Kopf auf l. Darmbeinschaufel. Äußerer Muttermund 5 markstückgroß. Cervix erhalten. Fundus fest um die Frucht gezogen, Bauch liegt vor. Von der Plazenta liegt der Rand vor. Wendungsversuch nach Braxton-Hicks in Narkose. Hochschieben des Kopfes in den Fundus gelingt zwar, aber es ist nicht möglich, den Fuß herabzuholen. Daher Sectio caes. vaginal.; Extraktion einer reifen, toten Frucht. Naht. Katheterurin nach beendigter Operation leicht blutig. Einlegen eines Verweilkatheters. Bis zum 20. III. Temperaturen bis zu 38,7°; Cystitis. 1. IV. 19. geheilt entlassen.

Fall 21. Jahrg. 1919. Noch nicht registriert.

37 jähr. VI. para.

24. III. 19. 8^{30} nm. Patientin kommt mit gesprungener Blase auf den Kreißsaal. Fruchtwasserabfluß reichlich. Desinfektion der Genitalien. Einlauf. Temperatur 36,5°, Puls 80. Portio noch etwas erhalten, Muttermund für einen Finger gut durchgängig. Kopf hoch und beweglich über dem Becken. Promontorium nicht zu erreichen. Wehen kommen selten und sind kurz.

25. III. 5^{30} nm. Muttermund talergroß, sonst wie oben. 8^{15} nm. Sectio caes. vagin. wegen Unregelmäßigkeit der kindlichen Herztöne. Wendung auf einen Fuß und Extraktion. Plazenta wird manuell gelöst. Naht der Portio und Scheide. 1 ccm Pituglandol und 1 ccm Secacornin. Kind ist scheintot, erholt sich aber bald. Reaktionslose Heilung. Patientin steht am 7. Tage nach der Operation auf. Kind gedeiht.

Fall 22. Jahrg. 1919. Noch nicht registriert.

41 jähr. IX. para; 1. Geburt Zange wegen Wehenschwäche,

8. Placenta accreta. Früherer Gesundheitszustand gut. Becken: Äuß. diag. Durchmesser 22,5 cm, inner. diag. Durchmesser 13 cm, Graddurchmesser (geschätzt) 11 cm. Letzte Regel: Anfang Juni 1918.

Eröffnungswehen: 10. IV. 19. 1^{00} vm. schwach; Abgang von Fruchtwasser mit Kindspech; Herztöne regelmäßig. 10^{00} vm. Herztöne unregelmäßig. Muttermund fingerdurchgängig, Portio 1 cm lang. Kolpohysterostomatomia anterior mit nachfolgender Extraktion eines asphyktischen Knaben, der nach einigen Minuten auf Hautreize hin regelmäßig atmet. Einlegen eines Gazedochtes in die im vord. Scheidengewölbe gesetzte Schleimhautwunde. 1 ccm Pituglandol, 2 ccm Secacornin. Kind noch unreif; Länge 48 cm, Gewicht 1850 g. Wärmewanne.

12. IV. Mutter läßt selbständig Wasser. Ausfluß blutig-schleimig. Entfernen des Gazedochtes. Kind erkrankt an Phlegmone der Kopfschwarte.

18. IV. Tod des Kindes.

19. IV. Patientin steht auf.

23. IV. 19. Im Ausfluß wenig Blut. Gebärmutter gut zurückgebildet. Patientin wird entlassen.

III. Hebosteotomien.

Fall 1. Jahrg. 1908. Reg. 314.

30jähr. IV. para. 1 Mädchen und 1 Knabe spontan geboren, 1 Knabe durch Wendung, starb 10 Stunden nach der Geburt. Becken: Dist. crist. 27,5, D. sp. 26, D. troch. 32 cm; äußer. diag. Durchm. 19,5, inner. diag. Durchm. 9,5 cm. Letzte Regel: 18. III. 08. Eröffnungswehen: 20. XII. 08. 2^{00} nm. Trotz guter Wehen erhebliche Geburtsverzögerung, vordere Scheitelbeineinstellung, kein Tiefertreten des Kopfes.

24. XII. 12^{00} vm. Hebosteotomie linksseitig. Die anfänglich stärkere Blutung durch die Operation konnte durch Kompression leicht zum Stillstand gebracht werden; Extraktion des Kindes mittels Zange. Kind tief asphyktisch; Wiederbelebungsversuche dauerten lange.

Am 3. und 4. Wochenbettage Temperatursteigerung bis zu 38,3°, sonst ungestörter Verlauf.

11. I. 09. Die ersten Gehversuche.

Entlassungsbefund vom 13. I. 09.: Genitalien ohne Besonderheiten, das durchsägte Schambein zeigt gute Kallusbildung. Säugling gut entwickelt.

Fall 2. Jahrg. 1912. Reg. 281.

28jähr. III. para. 1. Geburt Zange, Totgeburt, 2. Geburt Zange, Mädchen lebt. Früher Bleichsucht. Nach der letzten Geburt die Regel nicht wieder gehabt. Becken: Promontorium gut und leicht zu erreichen. Eröffnungswehen: 15. V. 12. 9^{00} vm. regelmäßig. Blasensprung: 15. V. 9^{00} nm.

16. V. 2^{00} nm. Kopf hoch über dem Becken, schwer beweglich, Walchersche Hängelage und Versuch, den Kopf ins Becken zu pressen, vergebens. 5^{00} nm. Hebosteotomie nach Bumm. Nadel gleitet von unten nach oben glatt am Knochenrand vorbei, ohne Blutung und Nebenverletzungen zu verursachen. Lagerung der Frau auf die Seite des abgewichenen Teiles. 1 ccm Pituglandol. 7^{00} nm. Kopf steht in Beckenmitte, Muttermund völlig erweitert, Wehen mittelstark. 11^{30} nm. Spontangeburt eines kräftigen, laut schreienden Mädchens. Wochenbett wird durch eine am 6. Tage auftretende Mastitis gestört.

Entlassungsbefund vom 2. VI. 12.: Knochen fest verheilt. Beim Gehen und Stehen keine Schmerzen oder Beschwerden. Wunden verheilt. Genitalien kein krankhafter Befund. Kind gesund.

Fall 3. Jahrg. 1912. Reg. 547.

VIII. para. Alter? Rhachitis, lernte mit 3 Jahren laufen. 1. und 2. Geburt spontan, 3. Querlage, Totgeburt, 4. spontan, 5. Placenta praevia, 6. und 7. spontan. Becken: rhachitisch-plattverengt. Letzte Regel: 1. XII. 1911. Eröffnungswehen: 14. IX. 12. 2^{00} nm. Blasensprung: 16. IX. 7^{00} nm.

17. IX. 8^{00} vm. Kopf fest eingekeilt im Beckeneingang in IIa-Schädellage. Geburt macht trotz heftiger Wehentätigkeit keine Fortschritte; daher Hebosteotomie. Im unmittelbaren Anschluß daran Tiefertreten des Kopfes. Abwarten der spontanen Geburt, die um 11^{15} nm. erfolgt; kräftiger, lebender Knabe. Placenta folgt auf Credé. Urin ist stark blutig. Einlegen eines Dauerglaskatheters, dessen eines Ende in Sublimat taucht. Knie der Wöchnerin werden zusammengebunden. Tägliche Blasenspülungen mit 3 %ig. Borwasser.

24. IX. Urin ist viel heller geworden.

Entlassungsbefund vom 6. X. 12.: Uterus im kleinen Becken. Promontorium frei. Geht mit leichtem Hinken. Harn frei. Säugling gedeiht.

Fall 4. Jahrg. 1914. Reg. 188.

22jähr. II. para. 1 Spontangeburt. Rhachitis, lernte mit 2 Jahren laufen. Becken: Dist. crist. 28, D. spin. 25, Dist. troch. 31,5 cm. Äuß. diag. Dm. 19 cm, inner. diag. Dm. 10 cm. Letzte Regel: Anfang März 1913. Eröffnungswehen: 10. XII. 13. 8^{00} vm., schwach. Blasensprung: 10. XII. 1^{00} nm.

10. XII. 6^{00} nm. Muttermund talergroß, Kopf fest im Beckeneingang in Vorderscheitelbeineinstellung.

11. XII. 10^{00} vm. Hebosteotomia sinistra. Spontangeburt eines lebenden Kindes.

24. XII. Haematom an der Hebosteotomiestelle, vereitert; Inzision, Drainage.

27. III. 14. Gutes Allgemeinbefinden; die Hebosteotomiewunde ist abgeheilt. Das Gehvermögen ist relativ sehr gut; auch beim Treppensteigen bestehen keine stärkeren Beschwerden. Geheilt entlassen. Kind gedeiht.

IV. Sectiones caesareae abdominales.

Fall 1. Jahrg. 1846. Nr. 107.

37jähr. VI. para. Frühere Geburten ohne Kunsthilfe; letzte Geburt vor 5 Jahren. Patientin berichtet, seit Jahren an ziehenden Schmerzen gelitten zu haben, seit 5 Jahren mehr oder weniger bettlägerig gewesen zu sein, seit einem Jahre das Bett fast nicht verlassen zu haben. Sie fühle sich schwanger seit Anfang Februar 1846.

30. X. 46. 8^{00} nm. Eröffnungswehen, 12^{00} nm. Blasensprung.

Innere Untersuchung ließ kein Kindesteil entdecken, aber bedeutende Verengerung des Beckenausganges mit Kennzeichen der osteomalazischen Form, die, den Durchtritt eines lebenden Kindes nicht gestattend, die Perforation mit den größten Gefahren für die Mutter in Aussicht stellte.

31. X. 8^{00} vm. Sectio caesarea abd. Operation durch keinen Unfall getrübt, außer daß in der Schnittfläche die Placenta sich vorfand. Nach rascher Lösung einer Seite wurde das Kind mit

den Armen herausgehoben. Die Wundvereinigung glückte bald und die Frau befand sich nach Umständen wohl. Verordnung von kalten Umschlägen und innerlich einer Emulsion mit Aq. lauroceras. und Ol. ricin. Der Puls kurz nach der Operation 85 Schläge, wenig gereizt; abends 5 Uhr Befinden gut, Puls 82 Schläge; kein Urin- und Stuhlabgang. Schmerzen im Unterleib gering.

1. XI. 10^{00} vm. Puls 90 Schläge. In der Nacht 2 mal erbrochen. Urinabgang war erfolgt, aber kein Stuhl. 5^{00} nm. Erbrechen war während des Tages häufiger erfolgt, aber kein Stuhl. Leib schmerzhaft, mäßig aufgetrieben, teigig. Puls 108 Schläge, mäßig voll. Kein Stuhlgang. Das am Morgen gegebene Klysma wurde am Abend wiederholt. Verordnet wurde außerdem: Rp. Calomelanos gr. 11, opii pur. gr. 1, Magnes. carbon. gr. 10. M. f. P. Dent. tal. dos. Nro. sex. Alle 2 Stunden ein Pulver!

2. XI. 10^{00} vm. Bis 3 Uhr morgens war kein Erbrechen erfolgt, von da ab öfter. Der Wochenfluß war stark, fast übermäßig, ohne übelen Geruch. Feuchte Zunge, heftige Schmerzen im Epigastrium. Um 2 Uhr früh wurde zum 3. Male ein Klysma gegeben, da kein Stuhl erfolgt war. Um 11 Uhr vm. wird der Verband umgelegt, bei welcher Gelegenheit sich die Wunde im normal entzündlichen Zustand befand. Puls: 118 Schläge. 5^{00} nm. Der größte Schwächezustand, Sopor, Puls äußerst fadenförmig, kaum zu fühlen. Verordnung von Äther. Der Zustand währt bis zum 3. XI. morgens 6 Uhr; Exitus letalis. Befinden des Kindes gut.

Fall 2. Jahrg. 1849. Nr. 203.

28 jähr. I. para. Rhachitis, lernte mit 10 Jahren laufen. Aussehen skrofulös, mehr der erethischen als der torpiden Form angehörend. Beckenmaße: Dist. troch. $10'' = 26$ cm, Conj. externa $6^1/_4'' = 16{,}3$ cm, Conj. diagon. $3^1/_4'' = 8{,}5$ cm, Conj. vera (geschätzt) $2'' = 5{,}2$ cm. Letzte Regel: Ende März 1848.

In der Nacht vom 29. zum 30. Januar 49. traten die ersten Wehen ein. Kind in II. Steißlage.

31. I. 1^{30} vm. wurde zur künstl. Entbindung geschritten. Ein lebendiges Kind durch die große Verengerung zu bringen, schien dem consilium (Dr. Dr. Gerlach, Wewer und Everken) eine Unmöglichkeit, aber auch die Entbindung eines toten Kindes ein verzweifeltes Mittel für die Mutter. Man entschied sich für die Sectio caesarea, zu der die Kreißende ihre Zustimmung gab.

Die Anwendung des Chloroforms glückte vollständig, so daß die ganze Dauer der Operation (ca. $^1/_2$ Stunde) ohne jegliches Bewußtsein der Gebärenden verlief. Der Bauchschnitt wurde in der Linea alba gemacht, der Einschnitt in den uterus verursachte keine Blutung. Das Kind wurde beim Steiß herausgehoben; es schrie sofort und wurde durch die Unterbindung getrennt. Baldigst fiel eine Darmschlinge vor, welche sich durch eintretenden heftigen Singultus vermehrten. Zu diesem Übelstande kam noch, daß, als zur Herausnahme der Placenta geschritten wurde, der schon zusammengezogene uterus beim Singultus teilweise mit den Gedärmen durch die Wunde durchrutschte. Mit Mühe gelang die Reposition der Gedärme und die Anlegung der Nähte. Die Nacht verlief gut, indes ohne Schlaf, trotzdem daß ca. 90 Tropfen Tinct. opii mit altem Wein bei der Operation gereicht waren.

31. I. 8^{00} vm. Puls schwach, ohne febril zu sein, Klagen über Präkordialangst. Aufschläge von kaltem Wasser, innerlich Calomel. Bei der Untersuchung der Bauchwunde zeigte sich eine kleine Partie einer Darmschlinge aus der unteren Hälfte der Bauchwunde hervorgetrieben. Gegen Abend Zunehmen der Präkordialangst, mehr Durst und Verlangen nach kaltem Wasser. Puls sehr schwach, facies decomposita. Verordnung von Tinct. opii simpl. abwechselnd mit Calomel. Anfang der Nacht ruhig, mit vollem Bewußtsein.

1. II. 49. 3^{00} vm. Exitus letalis.

Fall 3. Jahrg. 1850. Nr. 304.

40jähr. III. para. Keine Kinderkrankheiten. Im 17. Jahre erkrankte sie am Nervenfieber, worauf eine Steifheit des ganzen Körpers zurückblieb. Letztere verlor sich bis zum 25. Jahre. In diesem Jahre zeigten sich Rückenschmerzen, vorzüglich in der Kreuzgegend, welche von den Arbeiten im Felde (in gebückter Stellung) hergeschrieben wurden. Selbst anderen fiel es auf, wie das Mädchen krumm wurde. Im 22. Jahre bekam sie die erste Regel, welche indessen öfter ausblieb. Das Übel im Kreuze blieb schleichend weiter. Im 34. Jahre Verheiratung. Nach $1^1/_2$ Jahren einmonatlicher Unfall. Schon nach Monatsfrist trat wieder Schwangerschaft ein, welche bis zum Ende September 1846 währte. Die Dr. Dr. Damm und Kotemann machten die Operation des Kindes und zogen ein lebendes Mädchen zur Welt. Die Operierte

konnte nach 12 Wochen wieder das Haus verlassen. Die Vernarbung der Fascia abdominalis war mangelhaft, weshalb ein Austreten der Gedärme unter die äußere Haut. Mitte 1849 trat eine neue Schwangerschaft ein, welche Mitte Januar d. J. 1850 durch eine von selbst eingetretene Frühgeburt ohne jegliche Hilfe der Kunst beendet wurde. Das sehr kleine, schwächliche Kind lebte noch 3 Stunden. Die Mutter befand sich wohl. Letzte Regel: 31. III. 1850.

Patientin ist schwächlicher Konstitution, mittlerer Größe, hat keine Zeichen erlebter Rhachitis; zarten Körperbau und Glieder. Die Bewegung ist erschwert durch allgemeine Körperschwäche wie durch den Umstand, daß die schwangere Gebärmutter durch die offengebliebene Fascialwunde durchgetreten und sackartig vor dem Leibe liegt (Exvisceration). Die Verdauung ist schwach; die Entleerungen des Körpers finden in gehörigem Maße statt. Die genauere Besichtigung der Körperverhältnisse ergibt eine Skoliosis in den Lumbarpartien des Rückens der Art, daß der Körper in gebückter Stellung die frappanteste Ähnlichkeit mit dem Körper eines Tieres erhält. Weniger ist die Sacralgegend verändert. Beckenmessung: Dist. coll. femoris $10^1/_2''$ = 27,3 cm, äußerer grader Durchm. $7^1/_2''$ = 19,5 cm. Abstand der Schoßfuge von den am meisten in die Beckenhöhle hineinreichenden Knochen (Lumbarknochen): $2^3/_4$ Finger breit = 2″ = 5,2 cm.

Eröffnungswehen: 25. XII. 50. 5^{00} vm. Muttermund konnte nicht erreicht werden. Als die Wehen um 6^{00} nm. sehr heftig wurden, und der Wasserabfluß erwartet werden mußte, wurde unter Assistenz der Dr. Dr. Gerlach und Wewer zur Operation geschritten. Entleerung des Mastdarms und der Blase. Schnitte seitlich der Linea alba parallel der Narbe. Bei Eröffnung des uterus zeigte der hervorstürmende Blutstrahl den Sitz der placenta (des linken Randes). Die Herausziehung des Kindes gelang rasch wie auch die Entfernung der Placenta. Anlegung der Suturen ohne Hindernis bis auf die letzte, wo bei der Entleerung von Blutkoagulen eine kleine Partie des Coecum hervortrat. Es gelang die Zurückhaltung bald und wurde die Sutur angelegt. Die ganze Operation wurde durch Chloroform-Betäubung zu einer erfreulichen gemacht, indem bis zum Anlegen der letzten Naht das Gefühl vollständig fehlte.

Nach der Operation befand sich die Entbundene sehr wohl und munter. Puls 85 Schläge, nicht klein, sondern regelmäßig gefüllt. Kalte Umschläge wurden in Anwendung gesetzt und von Zeit zu Zeit Fleischbrühe gereicht. Der Blutverlust war ein nicht bedeutender gewesen. Die von Zeit zu Zeit eintretenden Schwächen wurden baldigst gehoben durch wiederholte Gaben von Tinct. opii simpl. und Tinct. cinnamoni. Von ersterem wurden im Zeitraum von 7—10 Uhr ca. 60 Tropfen gegeben. Um 9^{00} nm. stellten sich heftige Schmerzen und Erbrechen ein und zeigte sich ein Vorfall eines Darmstückes des Dünndarmteiles durch die kleine, untere Endöffnung (merkwürdig, da die gelassene Öffnung zum Aussickern der Flüssigkeit kaum so groß war, daß die kleine Fingerspitze hereingebracht werden konnte!). Es mußte die unterste Sutur erst gelöst werden, ehe es gelang, die Schlinge zurückzubringen. Große Schmerzen waren hiermit verbunden. Fortgebrauch der Tinct. opii simpl. ā 10 Tropfen mit Fleischbrühe. Puls 100 Schläge und klein. Nachts ruhig. Kalte Umschläge. Am folgenden Morgen um 8 Uhr 90 Pulsschläge. Abends 7 Uhr 100 Pulsschläge. Tagsüber einigemale Erbrechen, Zunahme des Meteorismus; 10 Blutegel in die Inguinalgegend, Ol. ricin.

Unter dauernder Verschlechterung des Pulses, Meteorismus exitus letalis am 27. XII. abends.

Es handelt sich in dem beschriebenen Falle um das sog. Pelvis Paderbornensis, das dem Bonner Professor H. Fr. Kilian nebst dem sog. Pelvis Pragensis den Stoff zu einer »Commentatio anatomico-obstetricia de Spondylolisthesi, gravissimae pelvangustiae caussa nuper detecta« gab.

Fall 4. Jahrg. 1899. Nr. 56.

25 jähr. I. para. Konnte bis zum 2. Lebensjahre gehen, danach bekam sie Krämpfe und Lähmung. Größe: 115 cm; von Scheitel bis Beckenboden: 74 cm. Knochengerüst schlank und zierlich. Entfernung des letzten Brustwirbels vom obersten Lendenwirbel 2 Querfinger. Rechtes Bein: Hüftgelenk in Abduktion und rechtwinkliger Flexion; Knie in rechtwinkliger Flexion, Fuß in Spitzfußstellung kontrahiert. Linkes Bein: Hüftgelenk normal, Knie stumpfwinklig, Fuß normal. Letzte Regel: 28. II. 1899. Becken: Dist. spin. 22, Dist. crist. 28, äuß. diag. Durchm. 20 cm.

Beckenausgang hochgradig verengt, Promontorium zu erreichen, die rechte Bogenlinie nach innen geknickt. Kind in II. Schädellage.

Eröffnungswehen: 16. XII. 99. 4^{00} nm., regelmäßig. Blasensprung: 17. XII. 2^{00} vm.

17. XII. 10^{00} vm. Sectio caesarea abdominalis. Entwickelung eines reifen, gesunden Mädchens. Uterus kontrahiert sich gut.

Wochenbett für Mutter und Kind ohne Störung, beide entlassen am 14. I. 1900.

Fall 5. Jahrg. 1900. Nr. 143.

32 jähr. I. para. Lernte normal gehen; mit dem 4. Jahre kam sie wieder für ein Jahr von den Beinen. Größe: 132 cm. Knochengerüst: Tête carré, Brustbein verbogen, Rippenbogen vorstehend. Ernährungszustand: hochgradig anämisch, Phthisis pulm. Becken: Dist. crist. 27,5, Dist. spin. 26,5, Conj. extern. 17,5, Diag. intern. 10,5 cm. Pelvis plana rhachitica; verminderte Querspannung, hakenförmige Verbiegung des Kreuzbeines. Letzte Regel: August 1899.

Eröffnungswehen: 7. V. 1900. 4^{00} vm., sehr schmerzhaft. Mehrmalige Ohnmachtsanfälle. Kind anfangs Ia Querlage, dann Schieflage, Schädel über der linken Fossa ossis ilei.

10. V. 5^{00} nm. Temperaturanstieg auf 38,8°. 6^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis. Entwickelung eines reifen, gesunden Knaben. Narkose durch mehrmalige Kollapse gestört. Atonische schwere Nachblutungen, welche trotz Ergotin und heißer Einpackung nicht standen. 10^{00} nm. Exitus am Kollaps.

Fall 6. Jahrg. 1904. Nr. 40.

21 jähr. I. para. Als Kind viel krank, lernte mit 4 Jahren gehen. Letzte Regel: 10. I. 04. Beckenmaße: Dist. crist. 27 cm, Dist. spin. 25 cm, äußer. diag Durchm. 16 cm. Kind in Ia Schädellage, Kopf nach rechts abgewichen.

Eröffnungswehen: 8. X. 04. 6^{00} nm., viel Erbrechen. Blasensprung: 9. X. 5^{00} nm.

9. X. 8^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis. Entwickelung eines reifen, gesunden Mädchens. Gebärmutter gut kontrahiert.

Wochenbett für Mutter und Kind ohne Störung; beide entlassen am 2. XI. 04.

Fall 7. Jahrg. 1904. Nr. 77.

32jähr. I. para. War viel krank, Rhachitis und Skrofulose. Apicitis pulmon., rechte Spitze Dämpfung mit spärlichem Rasseln und verschärftem Atemgeräusch. Letzte Regel: Mitte Januar 1904 (Konzeption 12. II. 04). Becken: Dist. crist. 25, Dist. spin. 24,5 cm, äußer. diag. Durchm. 17 cm. Promontorium erreichbar, Kreuzbein abgeflacht. Steißbein nach innen geknickt, Bogenlinie gestreckt. Kind in Ia Schädellage.

Eröffnungswehen: 16. XI. 04. 8^{00} nm. Blasensprung: 17. XI. 7^{00} vm.

18. XI. 10^{15} vm. Sectio caesarea abdominalis, wegen Atonia uteri konsekutiv Porro. Entwickelung eines tief asphyktischen Kindes, das kurz nach der Geburt stirbt. Mutter stirbt nachmittags 3^{30} Uhr.

Fall 8. Jahrg. 1906. Nr. 209.

34jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: Anfang Juli 1905. Becken: normal. Kind Ia Schädellage.

Eröffnungswehen: 28. III. 06. 4^{00} vm., sehr schmerzhaft.

29. III. 9^{30} nm. Muttermund 50pfennigstückgroß, Kopf mäßig schwer beweglich. Rechts im hinteren und seitl. Beckenraume etwa straußeneigroßer, nicht reponibeler, teils cystischer, teils solider Tumor.

30. III. 8^{00} vm. Tumor kleiner, höher. Schüttelfrost, Temp. 38,5°. 12^{30} nm. Sectio caesarea abdominalis; Inzision des vorgewölbten Uterus longitudinal. Kind reif, gesund. Placenta sofort entfernt. Exstirpation einer Dermoidzyste mit 2facher Stieltorsion. Peritonisierung des Stumpfes. Serosa- und Fasciennaht fortlaufend Catgut, tieffassende, oberflächliche Knopfnähte mit Silkworm.

8. IV. Verbandwechsel. Prima reunio. Reizlose Nähte werden entfernt.

Mutter und Kind am 22. IV. 06. gesund entlassen.

Fall 9. Jahrg. 1906. Nr. 285.

19jähr. I. para. Lernte mit 5 Jahren gehen. Letzte Regel: 6. August 05. Becken: Dist. crist. 23, Dist. spin. 24 cm, Conj. diag. ext. 17, Conj. diag. int. 9 cm. Pelvis omnino angusta et plana rhachitica. Kind Ia Schädellage.

Eröffnungswehen: 4. VI. 06. 2^{00} vm. Blasensprung: 4. VI. 7^{00} vm. Muttermund 2markstückgroß, Armvorfall.

4. VI. 12^{15} nm. Sectio caesarea abdominalis. Entwickelung eines reifen, gesunden Knaben.

Wochenbett für Mutter und Kind normal, beide entlassen am 22. VI. 06.

Fall 10. Jahrg. 1907. Nr. 152.

31jähr. V. para. Lernte mit $2^1/_2$ Jahren gehen. Sie hat 2 Knaben und 2 Mädchen mittels Kunsthülfe geboren, 2 Knaben und 1 Mädchen sind im ersten Lebensjahre gestorben. Letzte Regel: Ende Mai 1906. Kind IIa Schädellage. Becken: D. crist. 28, D. spin. 29 cm. Äußerer diag. Durchm. 16,5 cm. Vorberg zu erreichen, der gerade Durchmesser 6,5 cm.

Eröffnungswehen: 24. II. 07. 4^{00} nm., schwach. Blasensprung: 25. II. 2^{00} nm.

25. II. 3^{10} nm. Sectio caesar. abdomin., manuelle Lösung der Placenta. Entwickelung eines leicht scheintoten, reifen Knaben, der sich bald erholt.

Mutter stirbt am 2. III. 07. an Peritonitis.

Kind am 3. III. 07. gesund entlassen.

Fall 11. Jahrg. 1907. Nr. 183.

38jähr. I. para. War früher viel krank; lernte mit 3 Jahren gehen. Letzte Regel: Anfang Juni 1906. Becken: Dist. crist. 27, Dist. spin. 26,5, äußer. diag. Durchm. 17 cm. Kind in Ia Querlage.

Eröffnungswehen: 3. IV. 07. 10^{00} nm., schwach. Blasensprung: 3. IV. 4^{00} nm.

4. IV. 8^{00} vm. Sectio caesarea abdominalis. Hautschnitt von Fundushöhe 2 handbreit abwärts. Vorwälzung des Uterus. Schnitt beginnend am Fundus ziemlich lang abwärts. Entwickelung eines reifen, gesunden Kindes. Abschälung der Placenta. Uterus kontrahiert sich gut. Naht. Mehrere die ganze Uteruswand fassende Seidennähte werden geknotet. Dazwischen werden die halbe Wand fassende Nähte gelegt und geknotet. Fortlaufende Serosanaht; dann Versenkung des Uterus. Fortlaufende Peritonealnaht, Knopfnaht der Fascie (beides Catgut). Hautknopfnaht (Silkworm).

6. IV. Anhaltendes Erbrechen.

8. IV. Abgang von Stuhlgang. Gutes Befinden.

16. IV. Narbe in oberen 3 Nähten ödematös.

Entlassungsbefund vom 14. V. 07.: Uterus normal involviert.

Laparatomienarbe klafft flach im oberen Winkel auf ca. 4 cm Länge, 0,5 cm Breite. Oben und unten Epithelisierung. Sonst glatt geheilt. Kind gedeiht.

Fall 12. Jahrg. 1907. Nr. 354.

35jähr. VII. para. 1 Mädchen und 1 Knabe ohne Kunsthülfe geboren, 4 Knaben mittels Kunsthülfe; alle Kinder sind bald nach der Geburt gestorben. Lernte spät laufen; sonst gesund. Becken: Dist. spin. 28,5, Dist. crist. 29,5, äuß. diag. Durchm. 17,5 cm. Vorberg zu erreichen. Letzte Regel: Anfang Februar 1907. Eröffnungswehen: 6. XI. 07. 3^{00} vm. regelm.

Blasensprung: 6. XI. 11^{00} vm. Muttermund völlig eröffnet. Kindl. Herztöne wechselnd.

6. XI. 6^{00} nm. Sectio caesarea classica. Entwicklung eines leicht scheintoten, reifen Mädchens, das sich im warmen Bade erholt. Gebärmutter gut kontrahiert. Wochenbett für Mutter und Kind normal.

Mutter und Kind am 28. XI. 07. gesund entlassen.

Fall 13. Jahrg. 1908. Reg. 293.

26jähr. III. para. Rhachitis, lernte laufen mit $2^1/_2$ Jahren. Litt viel an Blutarmut. Sie hat 2 Mädchen geboren, erstes maceriert geboren, 2. starb nach Wendung während der Geburt. Becken: Dist. crist. 27, Dist. spin. 28, äußer. diagon. Durchm. 17,5, innerer diag. Durchm. 9,5, Graddurchm. (geschätzt) 7 cm. Eröffnungswehen: 6. XII. 08. 10^{00} vm.

6. XII. 7^{00} nm. Muttermund 5markstückgroß. Querlage II a. Injektion Scopomorphin. 9^{30} nm. Sectio caesar. abd. Hautschnitt unterhalb des Nabels 10 cm, Haut, Fettgewebe, Muskel, Peritoneum in einer Falte zwischen Klemmen. Blutung gering. Eröffnung des uterus in situ. Placenta ist getroffen. Entwicklung des Kindes, welches sofort schreit. Uterus inzwischen nach außen vorgebracht, Entfernung der Secundinae. Sterilisation durch doppelte Unterbindung der Tuben mit Silkworm und Durchschneiden. Bis zum 8. Wochenbettage Temperaturen bis zu $39,0^{0}$.

Entlassungsbefund vom 20. I. 09: Bauchwunde bis auf eine kleine Stichöffnung verheilt, auf Druck läßt sich aus der Öffnung noch ein wenig Eiter entleeren. Kind gesund.

Fall 14. Jahrg. 1911. Reg. 243.

40jähr. I. para. Mit 13 Jahren Lungenentzündung; später Rückwärtsbeugung der Gebärmutter; jetzt Nephritis. Letzte Regel: 28. VIII. 1910. Becken: Dist. crist. 29, Dist. spin. 27, äuß. diag. Durchm. 20 cm.

5. VI. 11. 2^{00} vm. verliert Pat. Fruchtwasser. Wehen stellen sich nicht ein.

Am 9. VI. geht sehr viel Fruchtwasser ab. Muttermund für einen Finger passierbar. Metreurynther; es setzen Wehen ein.

10. VI. 8^{30} vm. wird der Metreurynther geboren. Muttermund für 2 Finger passierbar; Kind liegt in II. Querlage. Wendungsversuch in Narkose mißglückt. 11^{30} vm. Sectio caesar. abd. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle wird die Serosa des Querkolons an 3 Stellen leicht angeritzt; Seidennaht der Serosa. Eröffnung des Uterus durch queren Fundalschnitt. Extraktion des Kindes leicht. Lösung der Placenta. Naht. Beim Versuch, den Uterus vorzuwälzen, entsteht an der rechten oberen Tubenecke eine Einreißung der zahlreichen Verwachsungen. Blutung steht nach Unterbindung. 5^{00} nm. Es blutet wenig aus dem Uterus in die Scheide. Kochsalzinfusion. Stündl. Kampfer abwechselnd mit Coffein.

11. VI. 11^{00} vm. Intravenöse NaCl-Infusion. Unter zunehmendem Verfall exitus um 7^{30} nm. Sektion ergibt Blutung in die Bauchhöhle (2 l). Kind gedeiht.

Fall 15. Jahrg. 1911. Nr. 528. Reg. 15.

37jähr. VII. para. Rhachitis, lernte mit 4 Jahren laufen. Sie hat 4 Knaben und 2 Mädchen mittels Kunsthilfe geboren; alle Kinder starben während oder gleich nach der Geburt. Letzte Regel: Ende März 1910. Becken: Symphysen-crista stark vorspringend; rhachit. Kreuzbein, doppeltes Promontorium, steiler Schambogen. Dist. crist. 28, Dist. spin. 29, äuß. diag. Durchm. 17,5. Eröffnungswehen: 6. I. 11. 4^{45} vm. regelmäßig.

6. I. 10^{00} vm. Sectio caesar. abdom. Medianer Bauchschnitt von etwa 15 cm. Länge. Fundusschnitt nach Fritsch. Kind ist leicht asphyktisch. Entfernung der Placenta. Naht.

7. I. abds. 38°, Puls 106.

17. I. Entfernung der Nähte. Prima intentio.

Entlassungsbefund vom 26. I. 11: Uterus im kleinen Becken.

Narbe ist vollständig fest. Keine Lochien. Gutes subjekt. Befinden. Kind mäßig gute Gewichtszunahme.

Fall 16. Jahrg. 1911. Reg. 527.

35jähr. II. para. Vor $1^1/_2$ Jahren Mädchen durch Kunsthülfe (Perforation am nachfolg. Kopfe) geboren. War als Kind viel krank. Letzte Regel: ? Becken: rhachitisch-platt. Eröffnungswehen: 3. X. 11. 6^{00} vm. schwach. Blasensprung: 8^{00} vm.

3. X. 1^{00} nm. Sectio caesarea class. Entwicklung eines lebendfrischen Kindes.

5. X. Starke Auftreibung des Leibes, Erbrechen. Temp. 38°. 0,001 Physostigmin.

6. X. Temperatur normal. Leib wenig beigefallen. Nochmals 0,001 Physostigmin.

9. X. Befinden gut. Leib weich und nicht mehr aufgetrieben.

10. X. Entfernung der Klammern. Wunde gut geheilt.

21. X. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 17. Jahrg. 1911. Reg. 612.

39jähr. VIII. para. 4 Frühgeburten VII. Monats, davon 3 Totgeburten, 1 Kind starb am nächsten Tage; 1 Zangengeburt, Totgeburt; 1 Sect. caesar. abd., Kind lebt. Körperbau: klein, rhachitisch; schief gewachsene Zähne, höckeriger Rand; Lordose der Lendenwirbelsäule; Verkrümmung der Oberschenkel. Becken: Dist. crist. 28,5, Dist. spin. 29, äußerer diag. Durchm. 17,5, Graddurchm. 8 cm. Letzte Regel: 8. III 11. Eröffnungswehen: 1. I. 12. 5^{00} vm. schwach. Blasensprung: 8^{45} vm.

2. I. 9^{00} vm. Sectio caesar. abd. Hautschnitt in der alten Narbe in der Medianlinie. Longitudinaler Schnitt des uterus. Kind wird scheintot geboren. Manuelle Lösung der Placenta. Naht des Uterus dreischichtig mit Catgut, darüber fortlaufende Catgutnaht des serösen Überzuges. Sterilisation durch Ausschneiden eines Teiles der Tuben; Unterbindung und Naht des peritonalen Überzuges. Schluß der Bauchhöhle durch Naht des Peritoneums, der Muskulatur, der Fascie und des Fettgewebes. Haut mit Michel'schen Klammern vereinigt. Talcum-Heftpflasterverband.

7. 1. Steht auf.

10. I. Entfernung der Klammern. Primäre Heilung.

16. I. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 18. Jahrg. 1912. Reg. 101.

27jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut. Becken: Dist. crist. 28 cm, Dist. spin. 26 cm, äuß. diag. Durchm. 17 cm, inn. diag. Durchm. 10 cm, Graddurchm. (geschätzt) 8 cm. Letzte Regel: 12. V. 1911. Eröffnungswehen: 17. II. 12. 10^{00} vm. Blasensprung: ?

21. II. 12. 3^{00} nm. Sectio caesar. abd. wegen großen Kopfes des Kindes, Kopfumfang 38 cm. Longitudinalschnitt an der linken Seite des Nabels vorbei. Kontraktionsring steht sehr hoch; Eröffnung des Uterus im unteren Abschnitt. 1 Spritze Pitnitrin. Das scheintote Kind wird an den unteren Extremitäten extrahiert. Lösung der Placenta. Naht des Uterus in 3 Schichten mit Catgut. Serosanaht mit fortlaufender Seide und Seidenknopfnähten. Schließung des Peritoneums mit fortlaufender Catgutnaht. Muskeln vereinigt mit Catgutknopfnähten. Fasciennaht mit Silkknopfnähten, Fortlaufende Catgut-Fettnaht. Haut Michel'sche Klammern. Uterus gut kontrahiert.

27. II. Bisher leichte Temperatursteigerungen. Entfernung der Klammern. Bauchwunde nicht völlig geheilt; Fasciennekrose mit starker Sekretion. Tinct. Jod., H_2O_2, Feuchter Verband.

9. III. Wunden sind bis auf kleine, oberfl. Stellen zugranuliert. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 19. Jahrg. 1912. Reg. 529.

30jähr. V. para. Die ersten 3 Geburten spontan, die letzte Querlage, Entwicklung durch Kunsthilfe. Vor 3 Jahren fieberhafte Nierenentzündung. Im 3. Monat (März 1910) der vorigen Schwangerschaft ziemlich plötzlich Schmerzen „in den Knochen", die sich bald auf Rücken und Hüfte konzentrierten. Ärztlicherseits als Rheumatismus ohne Erfolg behandelt. Nach der Geburt (Sept. 1910) trat Besserung ein. Letzte Regel: Ende Dezember 1911. Von da ab allmählich deutlicher werdende Verschlimmerung; zuletzt habe sie nicht mehr Treppen steigen können.

12. VII. 12. Becken: Promontorium, ebenso Pseudopromontorium leicht zu erreichen. Conjugata vera: 7,5 cm. Seitliche Beckenwände kuppelförmig nach innen vorgestülpt, sodaß die Finger sie gleich beim Touchieren erreichen. Arcus pubis noch nicht schnabelförmig vorgetrieben. Federnde Fixation der Beine

im Hüftgelenk; Spreizung und Außenrotation ist nicht möglich. Druckempfindlichkeit von Hüftgegend und Wirbelsäule, in Armen und Beinen. Patientin kann sich nur mit Unterstützung bewegen. Lendenwirbelsäule ist stark nach vorn eingebogen.

Therapie: Phosphorlebertran (0,01 : 100,0) 3 Teel. tgl., 3× tgl. 1 ccm Pituglandol, tgl. 1 Salzbad; viel Aufenthalt im Freien.

28. VII. Pat. sieht bereits viel besser aus, gibt selbst an, daß die Schmerzen nachgelassen haben. Geht schon seit einigen Tagen allein im Garten spazieren.

8. VIII. Auffallende Besserung in der Haltung und dem Befinden.

15. VIII. Außer einem kaum merklichen Schaukeln beim Gehen und der Lendenlordose äußerlich kein Zeichen der Krankheit erkennbar.

11. IX. Sectio caesar. abdom. (Porro). Längsschnitt in der Mittellinie, Uteruslängsschnitt. Frucht in Steißlage; manuelle Extraktion eines apnoischen Mädchens mit dem Zeichen der Reife. Rechtes Ovarium, ca. kaffeebohnengroß, wird samt der Tube exzidiert; linksseitig Aplasie des Ovariums. Durchtrennung der runden Mutterbänder. Circuläre Umschneidung des Peritonealüberzuges am Ansatz des Corpus uteri. Unterbindung der Aa. uterinae. Amputation des Corpus uteri. Naht des Cervixstumpfes in 2 Etagen: 3 versenkte Einzelfäden und darüber fortlaufende Naht. Vereinigung der Peritonealwunde über den Stümpfen von Cervix, Aa. uterinae und Sig. teres mittels fortlauf. Naht. Zum Schluß Naht des Peritoneum parietale und Verschluß der Bauchwunde. Kind stirbt nach einigen Stunden an Lungenatelektase.

21. IX. Wundheilung per primam. Aus der vagina spärlicher, leicht blutiger Ausfluß.

27. IX. 12. Geheilt entlassen.

Fall 20. Jahrg. 1912. Reg. 7.

25jähr. III. para; 1. Geburt Zange, Kind tot; 2. Geburt Steißlage, Kind tot. Früherer Gesundheitszustand gut. Lernte mit 11 Monaten laufen. Becken: Dist. crist. 25 cm, Dist. spin. 22,5 cm, äuß. diag. Durchm. 17,5 cm. Letzte Regel: 4. III. 12.

23. XII. 12. 9^{00} vm. Eröffnungswehen; ziemlich großer, kindlicher Kopf hoch über dem Becken. Da der bisherige Versuch, ein

lebendes Kind per vias naturales zu entwickeln, 2 × nicht gelungen ist, wird zur Sectio caesarea abdom. geschritten. Nach gewöhnlicher Vorbereitung wird die Laperatomie vergenommen und ein großes, lebendes Mädchen in ca. 1 Minute entwickelt. Bauchdecken enorm dünn; keine Spur von Muskulatur. Etagennähte des Uterus. Überhäutung der Wunde mit Uterus peritoneum gelingt leicht. Nach Verschluß der Bauchwunde ist der Uterus gut kontrahiert. Wochenbett ohne Störung. Beim Verbandwechsel am 7. Tage läßt sich feststellen, daß die Bauchwunde völlig per primam geheilt ist.

Entlassungsbefund vom 4. I. 13.: Uterus im kleinen Becken. Paramebrien frei. Kind gesund Bei der Laparatomie erworbene Rückenwunde per primam geheilt.

Fall 21. Jahrg. 1913. Reg. 244.

27jähr. I. para. Rhachitis, lernte mit 9 Jahren laufen. Zwerg, 121 cm groß; starke Kyphoskoliose. Becken: Dist. crist. 23,5 cm, Dist. spin. 22 cm, äuß. diag. Durchm. 15 cm, inn. diag. Durchm. 8,5 cm, Graddurchm. (geschätzt) 6,5 cm. Letzte Regel: ?

24. III. 13. 9^{00} vm. setzen kräftige Wehen ein. Kind in I. dorsoposter. Querlage.

5^{30} nm. Sectio caesarea abdom. classica. Entwicklung eines reifen, lebenden Mädchens. Die Eihäute sind nur mit Mühe zu entfernen. Uterus kontrahiert sich gut. 3-Etagennaht. Sterilisation durch Freilegung der Tuben, Abbinden mit Zwirn, Exstirpation des abgebundenen Tubenstückes, Übernähen mit Peritoneum. Peritonealnaht, doppelte Fasziennaht, Fettnaht, Haut mit Klammern. Sandsack, Eisblase.

1. IV. 13. Doppels. Parametritis. Reichlich eitriger, foetider Ausfluß per vaginam. Temp. 38—39°. Vollbäder keine Spülungen.

7. IV. Parametritis abgelaufen. Temperatur normal.

17. IV. Operationswunde primär verheilt. Kein Ausfluß.

Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 22. Jahrg. 1913. Reg. 471a.

I. para. Alter: ? Außer Kinderkrankheiten stets gesund gewesen Becken: äuß. diag.-Durchm. 16,5 cm. Letzte Regel: ?

13. VIII. 13. 11^{45} vm. Kreißende wird zur künstl. Entbindung in die Anstalt eingeliefert.

12^{15} nm. Sectio caesarea abdom. transperiton. Entwicklung eines reifen, gesunden Mädchens. Wochenbett ohne Störung. Uterus gut zurückgebildet. Heilung per primam.

25. VIII. 13. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 23. Jahrg. 1913. Reg. 634.

26jähr. IV. para; 1. Geburt Zange, Mädchen, tot; 2. Geburt Steißlage, Mädchen, tot; 3. Geburt Sect. caes. abd., Mädchen lebt. Früherer Gesundheitszustand gut, lernte mit 1 Jahr laufen. Becken: Äuß. diag. Durchmesser 17,5 cm. Letzte Regel: ?.

6. XI. 13. 5^{00} vm. Patientin wird mit heftigen Wehen eingeliefert. 6^{00} vm. Sectio caesar. abdom. in Chloroform-Äthernarkose. Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse in der Mittellinie. Die Bauchdecken sind sehr dünn, das Netz ist nach oben geschlagen. Längsinzision am Fundus uteri. Entwicklung eines reifen, gesunden Mädchens. Uterus wurde durch fortlaufende 3 Etagennähte vereinigt, die Bauchdecken einzeln fortlaufend vernäht. Haut durch Michel'sche Klammern vereinigt. Der Uterus kontrahiert sich nach Expression des Blutes aus dem Uteruskavum. Secacornin, Pituglandol, Sandsack. Um Uterus war von der früheren Narbe kaum etwas zu sehen.

17. 11. Glatter Wundverlauf. Die Laparatomienarbe ist fest und reizlos. Allgemeinbefinden ist sehr gut.

Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 24. Jahrg. 1913. Reg. 646.

33jähr. III. para; 2 Zangengeburten; beide tot. Früherer Gesundheitszustand angeblich gut. Lernte mit 7 Jahren laufen. Becken allgemein-verengt. Letzte Regel: 1. IV. 13. Eröffnungswehen: 8. XI. 13. 7^{00} nm. schwach.

9. XII. 2^{00} vm. Nachdem stärkere Wehen eingesetzt haben, wird zur Sectio caesar. abd. class. geschritten. Zu Beginn der Narkose 4 ccm Secacornin, zu Beginn der Operation 1 Spritze Pituglandol. In Chloroform-Äthernarkose Längsschnitt in der Mittellinie links vom Nabel. Bauchdecken sehr dünn, so daß schon bald der Fundus uteri im Gesichtsfelde erscheint. Uterus bleibt in seiner Lage, wird abgedeckt. Längsschnitt am Fundus uteri; Extraktion eines reifen, gesunden Mädchens. Lösung der Placenta. Schluß der Uteruswunde mit fortlaufender Catgutnaht in 3 Etagen.

Bauchschluß wie üblich. Sandsack, Eisblase. Ziemlich starke Nachblutung aus der Scheide, die durch Kompression bald zum Stehen gebracht wird.

21. XI. Glatter Wundverlauf. Allgemeinbefinden sehr gut. Laparatomienarbe ist fest und reizlos.

Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 25. Jahrg. 1913. Reg. 701.

35jähr. III. para; 2 Geburten hohe Zange, 1 Mädchen lebt, 1 Knabe totgeb. Früherer Gesundheitszustand gut. Becken: Dist. crist. 25, Dist. spin. 28, äußerer diag. Durchmesser: 16,5 cm. Letze Regel: 12. II. 13. Eröffnungswehen: 29. XI. 13. 1^{00} vm. schwach.

12^{30} nm. Da trotz kräftiger Wehen der Kopf sich nicht einstellt, wird die Kreißende zur Operation vorbereitet. 1^{30} nm. Sectio caesarea abdominalis. Entwicklung eines gesunden, reifen Knaben. Wochenbett ohne Störung.

18. XII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 26. Jahrg. 1913. Reg. 716.

33jähr. VII. para; 2 Spontangeburten, 4 mit Kunsthülfe, davon 2 Totgeburten. Lernte mit 3 Jahren laufen. Becken: rhachitisch-platt-verengt. Letzte Regel: 16. III. 13. Eröffnungswehen: 15. XII. 13 Abends. Blasensprung: 16. XII. 5^{30} nm.

Durch den hinzugerufenen Arzt wird Patientin der Anstalt überwiesen. In Chloroform-Äther-Narkose: Sectio caesarea abdominalis classica. Extraktion eines lebendfrischen Kindes, Lösung und Entfernung der Placenta. Uteruswunde durch 4 Etagen fortlaufend Katgutnaht und Einzelknoten. Doppelte Unterbindung beider Tuben. Bauchschluß in gewohnter Weise. Bei der inneren Untersuchung ergibt sich eine inkomplete Ruptur der Cervix an der rechten Seite. Tamponade.

28. XII. Glatter Wochenbettverlauf.

Gesund mit Kind entlassen.

Fall 27. Jahrg. 1914. Nr. 2716.

42jähr. VIII. para; 4 Kinder leben. In den letzten Wochen Schwangerschaftsnephritis. Letzte Regel: ? Becken: ?

26. VII. 14. 3^{00} nm. Patientin wird wegen Eklampsie eingeliefert; ist in tiefem Coma, Urinabgang spontan, spärlich, tief-

braun. Faustgroße Nabelhernie. Ausgedehnte Ödeme am ganzen Leibe. Temp. 36,8°, Puls 140, klein. Sectio caesarea abdominalis in Chloroform-Äther-Narkose. Längsschnitt in der Medianlinie. Um den Nabelbruch Ovalärschnitt. Nach Zurückdrängen des Inhaltes (Ileum und Omentum) Längsincision des Bauchsackes, wobei sich zeigt, daß die Spitze des Omentum am Fundus des Bauchsackes adhärent ist. Lösung der Verwachsung nach vorheriger Umstechung. Nach Versenkung des Bauchinhalts in die Bauchhöhle Abtragung des Bruchsackes. Nunmehr ausgiebige Eröffnung der Bauchhöhle. Abgrenzung der freien Bauchhöhle gegen den Uterus mit Gazetüchern. Längsinzision des Uterus auf seiner vorderen Fläche. Schnitt trifft gerade die Placenta, Blutung ziemlich beträchtlich. Manuelle Entwicklung der Frucht. Expressio placentae. Da vor Beginn der Operation Pituglandol und Secacornin gegeben war, kontrahiert sich der Uterus gut. Etagennaht der Uteruswunde. Über derselben wird das Peritoneum mittels Lembertnaht nochmals vereinigt. Am rechten Ovarium sitzt eine hühnereigroße Ovarialcyste, die abgetragen wird. Schluß der Bauchwunde; nach Vereinigung der Peritonealwundränder bekommt Patientin einen Anfall von Asphyxie, obwohl die Atmung (Zunge, Unterkiefer) freigehalten wird und Pat. vorwiegend mit Aether narkotisiert war (10 g Chloroform), wahrscheinlich infolge eines neuen eklampt. Insultes. Während künstl. Atmung eingeleitet wird und Analeptica subkutan dargereicht werden, wird die Bauchwunde in Etagen vernäht.

Nach Beendigung der Operation sistiert die Atmung noch immer, Cor ist nicht mehr zu hören, kein Puls zu fühlen. Doch sind die Pupillen noch eng und zeigen die Hautkapillaren Druckreaktion. Deshalb wird künstl. Atmung (Silvester) ohne Unterbrechung noch ca. 1 Stunde fortgesetzt, bis Rigor mortis, Erkalten und Leichenflecke unzweifelhaft den eingetretenen Exitus dokumentieren.

Das Kind gedeiht.

Fall 28. Jahrg 1914. Nr. 2736.

29 jähr. II. para; 1 Zangengeburt, Knabe starb $^1/_2$ Stunde nach der Geburt. Lernte mit 1 Jahre laufen. Becken: Dist. crist. 30 cm, Dist. spin. 28 cm, äuß. diag. Dm. 18 cm, inn. diag. Durchm. 10,5 cm,

Graddurchm. (geschätzt) 8,5 cm. rhachitisch-platt. Letzte Regel: 8. XI. 13. Eröffnungswehen: 4. VIII. 14. 11^{00} vm., schwach.

5. VIII. Kein Fortschreiten der Geburt; bei dem kümmerlichen, geradezu dekrepiden Ernährungszustande ist eine Besserung der Wehentätigkeit nicht zu erwarten. Da wegen der engen Conjugata (8,5 cm) ein lebendes Kind per vias naturales fraglich schien, Sectio caesarea abdominalis. Uterus ist blutig infundiert, enthält an vielen Stellen Petechien; Kontraktion jedoch gut. Vom 4.—7. Wochenbettage abendliche Temperaturen.

12. VIII. Wunde per primam geheilt. Involutio uteri mangelhaft. Ausfluß blutig-wässerig.

Entlassungsbefund vom 21. VIII. 14: Uterus Mitte zwischen Symphyse und Nabel. Ausfluß ist noch blutig-wässerig. Allgemeinbefinden mäßig. Erhebliche Schwäche. Verläßt auf eigenen Wunsch die Anstalt. Wird angewiesen, sich nach 6 Tagen wieder zu zeigen. Kind zwar schwächlich, aber gesund.

Fall 29. Jahrg. 1914. Nr. 2779.

21jähr. I. para. Rhachitis, lernte mit 3 Jahren laufen. Körperbau klein, verkrüppelt, krumme Glieder. Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Kyphose der Lendenwirbelsäule. Winkelige Knickung des Sternums im oberen Drittel. Becken: Linea innominata fast in ganzer Ausdehnung zu fühlen, Kreuzbeinaushöhlung fast geschwunden (gerade Linie). Äußerer diag. Durchm. 17 cm, inn. diag. Durchm. 9½ cm, Graddurchm. (geschätzt) 8 cm. Letzte Regel: 15. XII. 13. Eröffnungswehen: 25. IX. 14. 8^{00} nm., kräftig.

Muttermund 5markstückgroß, Blase steht, Kopf beweglich über dem Becken. Es wird zur Sectio caesarea abdominalis geschritten. Längsschnitt neben der Medianlinie. Längsinzision auf der vorderen Uterusfläche. Wendung auf den Fuß und Extraktion des gesunden, reifen Kindes. Obwohl vor dem Eingriff Secacornin und Pituglandol gegeben waren, besteht hochgr. Atonie, die sich zur Involutio uteri steigert. Placenta wird spontan zur Inzisionswunde herausgeboren. Eihäute haften fest, werden langsam entfernt. Blutverlust infolge der Schlaffheit des Uterus beträchtlich. Naht des Uterus in 3 Etagen. Verschluß der Bauchwunde. Uterus nunmehr hart. Geringer Blutabgang aus den Genitalien. Auf den Oberarm des Kindes gesetzte Hautwunde wird mit Catgut genäht. Heilung der Wunde per primam.

Mutter und Kind am 8. XI. 14. gesund entlassen.

Fall 30. Jahrg. 1914. Nr. 2906.

40jähr. I. para.

14. X. 14. 3^{00} nm. Kreißende wird zur künstl. Entbindung in die Anstalt eingeliefert. Abdomen stark ödematös geschwollen, kindl. Herztöne verlangsamt. Muttermund 2 markstückgroß, Blase steht, Kopf beweglich über dem Becken. Übelriechender, grüner Ausfluß aus den Genitalien.

5^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis. Entwicklung eines gesunden, reifen Kindes. Naht. 2 ccm Pituglandol, 2 ccm Secacornin, 2 ccm Hormonal. Eisblase.

15. X. Temp. 39,0°, Puls 124.

24. X. Klammern und Silkfäden entfernt. Temp. 38,2°, Puls 128. Bronchialkatarrh. Liq. ammon. anis., Digulen 3× tgl. 15 Tr.

30. X. Phlegmasia dolens alba. Alkoholumschläge. Temperaturen um 38,0°.

15. XI. Bauchdeckenphlegmone. Temp. 39,4°.

26. XI. Temperaturen normal. Puls um 100.

18. XII. 14. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 31. Jahrg. 1914. Nr. 2990.

24jähr. II. para; Januar 1913 Kaiserschnitt, Kind lebt. Rhachitis, lernte mit 9 Jahren laufen. Letzte Regel: Anfang Mai 1914. Becken: rhachitisch-platt-verengt. Eröffnungswehen: 21. XI. 14. 8^{00} nm., kräftig. Blasensprung: 10^{50} nm,

11^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis. Längsschnitt neben der Linea alba. Peritoneum ohne Besonderheiten. Längsschnitt in den Uterus. Entwicklung eines reifen, gesunden Knaben. Entfernung der Placenta. Vernähung des Uterus in 4 Etagen. Sterilisation durch doppelte Unterbindung beider Tuben und Durchtrennung. Verschluß der Bauchhöhle. Wochenbett ohne Störung.

Mutter und Kind am 3. XII. 14. gesund entlassen.

Fall 32. Jahrg. 1914. Nr. 3044.

29jähr. I. para. Leidet seit längerer Zeit an Nierensteinen.

7. XII. 14. Patientin wird in ziemlich apathischem Zustande in die Anstalt gebracht. Vorher haben 5 eklamptische Anfälle stattgefunden; in hiesiger Anstalt ist keiner erfolgt. Zur schleunigen Beendigung der Geburt wird im Interesse des Kindes und

der Mutter die Sectio caesarea abdominalis gemacht. Bauchlängsschnitt, Längsschnitt der vorderen Uteruswand. Entwicklung eines reifen, gesunden Kindes. Naht. 2 ccm Pituglandol, 2 ccm Secacornin, Kochsalzeinlauf.

Bis zum 5. I. 15. leichte Temperaturen 37,2° bis höchstens 38,0°.

13. XII. 14. Klammern entfernt. Wundheilung per primam.

13. I. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 33. Jahrg. 1915. Nr. 3144.

35 jähr. V. para; 4 × Querlage, Wendung und Extraktion, 1 Kind lebt, 2 × Totgeburt, 1 Kind starb 3 Stunden nach der Geburt. Becken: Dist. crist. 28 cm, Dist. spin. 24 cm, äuß. diag. Durchm. 17,5 cm, inn. diag. Durchm. 10,5 cm, Graddurchm. (geschätzt) 8,5 cm. Allgemeinverengtes Becken. Eröffnungswehen: 10. I. 15. 2^{00} vm.

11^{30} vm. Sectio caesarea abdominalis. Bauchlängsschnitt. Uteruslängsschnitt. Das Kind vorher in Querlage, befindet sich in Schädellage. Nach Hervorheben des gesunden, reifen Kindes wird der Uterus vorgestülpt; Placenta wird vorsichtig entfernt; ein Stückchen Decidua mit der Schere abgetragen. Austastung der Uterushöhle mit Stieltupfern, Vernähung der Uteruswunde in 4 Etagen (fortl.). Darauf Peritoneal-, Fascien-, Fettnaht (fortl.). Schluß der Bauchwunde mit Klammern. Verband. Je 2 ccm Pituglandol, Secacornin, Hormonal. Wochenbett ohne Störung.

Mutter und Kind am 21. I. 15. gesund entlassen.

Fall 34. Jahrg. 1915. Nr. 3177.

29 jähr. II. para; erstes Kind 1912 mittels Kaiserschnitt entbunden, lebt. Rhachitis, lernte mit $3^1/_2$ Jahren laufen. Becken: äuß. diag. Durchm. 17 cm, Graddurchm. 8 cm. Letzte Regel: Ende Juli 1914. Eröffnungswehen: 17. I. 15. 2^{00} vm.

10^{00} vm. Sectio caesarea abdominalis. Alte Narbe wird lanzettförmig umschnitten und herauspräpariert. In der Wunde werden mehrere über baumwollfadendicke Aluminiumbronzedrahtnähte gefunden, auch diese werden entfernt. Tiefer vorderer Uterusschnitt. Wendung und Extraktion des in Schädellage liegenden Kindes. Leicht asphyktisch, wiederbelebt. Naht der Uteruswunde in Etagen, Sterilisation der Frau durch Tubenresektion. Perito-

nealnaht. Verschluß der Bauchhöhle. Naht einer kleinen Kopfverletzung des Kindes mit Catgut. Wochenbett normal. Wundheilung per primam.

Mutter und Kind am 10. II. 15. gesund entlassen.

Fall 35. Jahrg. 1915. Nr. 3288.

Alter: ? II. para; vor 2 Jahren 1 Totgeburt, engl. Krankheit, lernte mit 4 Jahren laufen. Letzte Regel: 7. Juni 1914. Becken: rhachitisch-platt-verengt. Eröffnungswehen: 17. III. 15. 8^{00} vm. Portio verstrichen, Muttermund für 2 Finger gut durchgängig. Blase steht. Vorliegender Teil ist nicht zu erreichen.

9^{45} vm. Sectio caesarea abdominalis. 1 Spr. Secacornin, 1 Spr. Pituglandol. Schnitt unterhalb des Nabels bis zur Schoßfuge. Schnitt in den unteren Abschnitt der Gebärmutter, der auf die Placentarstelle gelangt. Fassen des Fußes und Extraktion des Kindes. Herauswälzen des Uterus. Manuelle Lösung der Placenta. Fortlaufende Naht des Uterus in Etagen. Versenken des Uterus in die Bauchhöhle. Das Netz wird über die vorquellenden Darmschlingen gelegt. Peritonealnaht. Fettnaht, Subcutannaht; Heften der Haut mit Klammern. Das Kind wird schwer scheintot geboren und durch künstl. Atmung und Hautreize zum Schreien gebracht. Es fällt immer wieder in den leichten Scheintot zurück. Bei genauer Untersuchung wird ein Zwerchfellbruch festgestellt, wodurch das Herz nach rechts verlagert war; Exitus am 18. III. 1^{00} nm. Mutter 5 Tage Temperaturen bis 39,0°. Glatte Wundheilung.

Mutter am 30. III. 15. gesund entlassen.

Fall 36. Jahrg. 1915. Nr. 3335.

28jähr. I. para. Früherer Gesundheitszustand gut, lernte mit 1 Jahre laufen. Becken: Äuß. diag. Durchm. 19,5 cm, inn. diag. Durchm. 10,5 cm, Graddurchm. 8,5 cm. Letzte Regel: 4. Juni 1914. Eröffnungswehen: 14. III. 15. 9^{00} vm.

5^{15} nm. Sectio caesarea abdominalis. Je 1 Spr. Secacornin und Pituglandol. Schnitt unterhalb des Nabels bis zur Symphyse durch Haut und Fettgewebe. Schnitt in den unteren Abschnitt der Gebärmutter. Extraktion des großen Kindes. Uterus wird herausgewälzt, ist gut zusammengezogen. Placenta stellt sich in die Wundfläche, geht mit der glatten Fläche voraus. Fortlaufende

Naht des Uterus; 1. Etage mit dünnem Catgut durchsticht das Endometrium, 2. Etage mit dickem Catgut, 3. Etage oberfl. fassend, 4. Etage Decknaht. Das Netz wird über die vorquellenden Darmschlingen gelegt. Peritonealnaht. Fettnaht in 2 Etagen. Subkutannaht. Haut mit Klammern geheftet. Wochenbett ohne Störung.

Mutter und Kind am 26. III. 15. gesund entlassen.

Fall 37. Jahrg. 1915. Nr. 3379.

27jähr. III. para; 2 $\times$ Totgeburt. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 15. VI. 14.

24. III. 15. 10^{00} nm. Patientin kommt mit heftigen Wehen auf den Kreißsaal. Äuß. Unters.: I. Schädell., Kopf hoch und beweglich über dem Becken. Herztöne normal. Inn. Unters.: Portio verstrichen, Muttermund handtellergroß. Blase prall gespannt. Kopf hoch und beweglich über dem Becken, von dem untersuchenden Finger kaum zu erreichen. Vorberg ist zu erreichen.

10^{30} nm. Beginn der Operation: Kaiserschnitt. Schnitt in den unteren Abschnitt der Gebärmutter. Je 1 Spr. Secacornin und Pituglandol. Extraktion des großen Kindes. Placenta stellt sich in die Wundfläche. Naht des Uterus fortlaufend in Etagen. Schluß der Bauchwand. Wochenbett ohne Störung.

30. III. Klammern entfernt. Steht auf.

6. IV. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 38. Jahrg. 1915. Nr. 3380.

27jähr. II. para; 1. Geburt mit ärztl. Hilfe, Kind totgeboren. Englische Krankheit, lernte mit $2^1/_2$ Jahren laufen. Becken: plattverengt; innerer schräg. Durchm. 9,5 cm. Letzte Regel: 5. VI. 1914. Eröffnungswehen: 19. III. 15. 1^{00} nm.

Äuß. Untersuchung: I. Sehädellage. Kopf ist auf die linke Darmbeinschaufel abgewichen. Innere Untersuchung: Portio noch etwas erhalten, sehr aufgelockert. Muttermund gut talergroß. Blase gesprungen. Kopf beweglich über dem Becken. Vorberg ist leicht zu erreichen.

8^{30} nm. Beginn der Operation: Sectio caesarea abdominalis. Je 1 Spr. Secacornin und Pituglandol. Schnitt unterhalb des Nabels. Schnitt in den unteren Abschnitt der Gebärmutter. Fassen des Fußes; Extraktion eines lebensfrischen Kindes. Uterus wird hervor-

gewälzt; Placenta wird spontan in die Wundfläche geboren. Fortlaufende Naht des Uterus in Etagen. Schluß der Bauchdecken.

25. III. Klammern entfernt.

26. III. Steht auf.

30. III. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 39. Jahrg. 1915. Nr. 3459.

22jähr. I. para. Englische Krankheit; lernte mit 3 Jahren laufen. Becken: platt-rhachitisch; Graddurchm. $7^3/_4$ cm. Letzte Regel: 10. VIII. 14.

20. IV. 15. 10^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis. Längsschnitt vom Nabel zur Symphyse. Abtrennung des Blasenscheitels vom Uterus und Ablösung der Blase von der Cervix. Längsschnitt im unteren Uterinsegment, Einstellen des Kopfes in den Schnitt durch in den Mund eingehakten Zeigefinger. Entwicklung mit Zange. Expressio placentae. Naht fortlaufend in 2 Etagen. Zurücknähen der Blase über den Uterusschnitt. Uterus gut kontrahiert, wird versenkt. Peritonealnaht, Muskelnaht, Faszienaht, Subcutisnaht in gewohnter Weise. Klammern. Heilung reaktionslos.

26. IV. Klammern entfernt.

27. IV. Steht auf.

7. V. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 40. Jahrg. 1915. Nr. 3488.

31jähr. IV. para; 2 Zangengeburten, 1 Hebosteotomie, 2 Mädchen leben, 1 Mädchen tot. Früherer Gesundheitszustand gut. Letzte Regel: 4. VII. 1914.

18. IV. 15. 11^{00} vm. Patientin kommt mit gesprungener Blase ohne Wehen zur Aufnahme. I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Becken.

7^{00} nm. zunehmende Wehen. Portio verstrichen, Muttermund für 2 Finger durchgängig. Kopf beweglich über dem Becken.

19. IV. 6^{00} nm. Befund derselbe. Sectio caesarea abdominalis. Bauchlängsschnitt. Uterus Längsschnitt in das untere Segment. Entwicklung eines lebensfrischen Kindes. Wochenbett: Mutter leichte Temperaturen zwischen 37,5° und 37,8°.

26. IV. Klammern entfernt.

4. V. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 41. Jahrg. 1915. Nr. 3519.

32 jähr. IV. para; 3 normale Geburten, 5 Fehlgeburten. Beckenverengerung II. Grades; innerer schräger Durchmesser 10,5 cm. Letzte Regel: Anfang August 1914.

11. VI. 15. Sectio caesarea abdominalis. Bauchlängsschnitt. Schnitt in das untere Uterinsegment. Entwicklung eines gesunden, reifen Kindes. Secacornin, Pituglandol. Naht in gewohnter Weise. Wochenbett normal.

17. VI. Klammern entfernt. Steht auf.

21. VI. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 42. Jahrg. 1915. Nr. 3606.

31 jähr. II. para; 1 Kaiserschnitt August 1913. Becken: rhachitisch-platt-verengt; äuß. diag. Durchm. 16,5 cm. Letzte Regel: Ende August 1914.

30. V. 15. 7^{00} vm. Patientin kommt mit leichten Wehen zur Aufnahme. I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Becken.

6^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis. Bauchlängsschnitt. Uterus im unteren Segment eröffnet. Entwicklung eines scheintoten, reifen Kindes, das durch Hautreize zum Schreien gebracht wird. Wochenbett ohne Störung.

7. VI. Klammern entfernt. Steht auf.

11. VI. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 43. Jahrg. 1915. Nr. 3724.

31 jähr. V. para; 2 normale Geburten, 2 Zangengeburten; 3 Kinder leben, eine Totgeburt. Früherer Gesundheitszustand gut. Becken: platt-verengt. Letzte Regel: Anfang Oktober 1914.

29. VII. 15. 6^{00} vm. Patientin kommt mit gesprungener Blase und leichten Wehen auf den Kreißsaal. I. Schieflage; Kopf auf die linke Darmbeinschaufel abgewichen.

11^{00} vm. Sectio caesarea abdominalis. Bauchlängsschnitt, darauf Schnitt in den unteren Abschnitt der Gebärmutter. Dabei gelangt man auf die Placentarstelle. Das Kind wird entwickelt; es ist leicht scheintot und wird durch Hautreize zum Schreien gebracht. Placenta wird manuell gelöst. Darauf sorgfältige Vernähung der Uteruswunde und Schluß der Bauchdecken in gewohnter Weise. 2 ccm Secacornin, 1 ccm Pituglandol. Wochenbett: gute Rückbildung der Genitalien, gute Wundheilung.

17. VIII. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 44. Jahrg. 1915. Nr. 3751.

44jähr. X. para; die 5., 7., 8. und 9. Geburt mit ärztlicher Hilfe. 3 Kinder unter der Geburt gestorben. Früher Lungenentzündung, Herzfehler. Becken: einfach platt; Graddurchm. 8,5 cm. Letzte Regel: Ende Oktober 1914.

28. VII. 15. 4^{00} nm. I. Steißlage, Portio noch etwas erhalten, Muttermund für 2 Finger durchgängig. Blase steht. Steiß hoch über dem Becken.

5^{45} nm. 1 ccm Pituglandol. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, suprapubica. Entwickelung eines reifen, gesunden Kindes. Placenta stellt sich gleich darauf in der Wunde und wird spontan ausgestoßen. Sorgfältige Vernähung des Uterus mit fortlaufenden Catgutnähten. Fortlaufende Naht des Bauchfelles. Die Blase wird über der Schnittwunde geheftet. Beide Tuben werden unterbunden. Schluß der Bauchdecken in gewohnter Weise. Wochenbett ohne Störung.

3. VIII. Klammern entfernt.

20. VIII. 15. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 45. Jahrg. 1916. Nr. 4168.

30jähr. III. para; 2 Zangengeburten, 1. Kind lebte 11 Tage, 2. Kind totgeboren. Engl. Krankheit, lernte mit 2 Jahren laufen. Becken: Dist. crist. 25 cm, Dist. spin. 25 cm, äuß. diag. Durchm. 15,5 cm. Letzte Regel: 4. April 1915.

5. I. 16. 8^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, suprapubica. Entwicklung eines scheintoten Kindes nach Wendung. Uterusöffnung in mehreren Etagen genäht nach manueller Plazentarlösung. Schluß des Bauchschnittes durch Naht in mehreren Lagen. Bauchklammern. 2 ccm Secacornin, 1 ccm Pituglandol, 4 ccm Hormonal.

13. I. Klammern entfernt. Steht auf.

23. I. 16. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 46. Jahrg. 1916. Nr. 4339.

28jähr. V. para; 4 Geburten mit ärztl. Hilfe, 1 Knabe, 3 Mädchen totgeboren. Becken: hochgradig verengt. Letzte Regel: 31. V. 1915.

2. IV. 16. 2^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis, transperito-

nealis, cervicalis. Entwicklung eines kräftigen Kindes durch Wendung. Etagennaht des Uterus. Schluß der Bauchwunde wie üblich. Normaler Wundverlauf.

Entlassungsbefund vom 13. IV. 16: Laparatomiewunde per primam verheilt. Uterus normal gelagert, zurückgebildet. Kind gedeiht.

Fall 47. Jahrg. 1916. Nr. 4562.

37 jähr. IV. para; 3 Geburten mit ärztl. Hilfe, davon 1 Kaiserschnitt. Rhachitis, lernte mit 3 Jahren laufen. Becken: plattverengt. Letzte Regel: Mitte August 1915.

11. VI. 16. 10^{30} nm. Wehenbeginn. Muttermund für 3 Finger durchgängig. Blase steht. II. Querlage.

11^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Entwicklung eines reifen, lebenden Mädchens. Nach vollendeter Uterusnaht Sterilisierung. Schluß des Bauches in bekannter Weise. Bis zum 7. Wochenbettage Temperaturen bis zu 38,2°; in der Bauchwunde kleines Infiltrat, das sich auf entsprechende Therapie zurückbildet.

6. VII. 16. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 48. Jahrg. 1916. Nr. 4619.

44 jähr. V. para; 1 × Zangengeburt, 3 Spontangeburten, Kinder leben. Becken normal. Letzte Regel: Ende September 1915.

3. VII. 16. 2^{00} vm. Patientin fängt plötzlich an zu bluten. Lagerung auf den Kreißsaal. Blutung steht.

5. VII. 10^{00} vm. Placenta praevia totalis. Muttermund durchgängig. Zur Rettung des Kindes wird der abdominelle Kaiserschnitt gemacht, wobei durch Zange lebendes, reifes Kind entwickelt wird. Naht der Uteruswunde in bekannter Weise. Auf dem Peritoneum viscerale und parietale flächenhafte Ekchymosen, die durch Naht peritonealisiert werden. Naht der Bauchwunde in gewohnter Weise. Die ersten 12 Tage fieberfreier Verlauf; Wunde heilt primär. Uterus bildet sich schlecht zurück. Secacornin und Lichtbogen.

15. VII—6. VIII. Temperaturen zwischen 38,0° und 38,5°. Parametrien frei. 2 × tägl. Scheidenspülungen.

16. VIII. 16. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 49. Jahrg. 1916. Nr. 4772.

39jähr. IV. para; 3 Geburten mit Kunsthülfe, Kinder tot. Englische Krankheit. Becken: platt-verengt. Letzte Regel: 12. I. 1916. Wehenbeginn: 12. X. 16. 9^{00} vm.

12^{00} vm. I. Querlage; Portio verstrichen, Muttermund handtellergroß. Blase steht.

2^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Entwicklung eines reifen, lebensfrischen Mädchens, das sofort schreit. Wochenbett ohne Störung.

29. X. 16. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 50. Jahrg. 1916. Nr. 4800.

40jähr. V. para; 3 normale Geburten, 1 Zwillingsgeburt; 2 Fehlgeburten. Becken normal. Letzte Regel: ?

25. IX. 16. Patientin kommt wegen starker Blutungen zur Aufnahme; sie ist von der sie begleitenden Hebamme tamponiert worden. II. Querlage. Herztöne regelrecht.

2^{30} nm. Heftige Blutung, die wieder zum Stehen kommt, nach $1^1/_2$ Stunden erneut heftige Blutung. Entfernung der Tamponade.

6^{15} nm. Sectio caesarea abdominalis. Entwicklung eines gesunden, reifen Kindes. Nach der Geburt dauernd Fieber bis zu 39,5°.

14. X. 16. 2^{00} nm. Exitus der Patientin.

Kind gedeiht.

Fall 51. Jahrg. 1917. Nr. 5040.

39jähr. II. para; 1 Geburt mit Kunsthülfe, Totgeburt. Englische Krankheit, lernte mit 4 Jahren laufen. Becken: Dist. crist. 29 cm, Dist. spin. 28 cm, äuß. diag. Durchm. 17,5 cm, inner. diag. Durchm. 8,5 cm, Graddurchm. 7 cm. Letzte Regel: 20. IV. 16.

16. I. 17. 3^{00} nm. Patientin kommt mit Wehen zur Aufnahme. I. Schädellage, Kopf auf die linke Darmbeinschaufel abgewichen.

5^{00} nm. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Kind schreit sofort. Naht in gewohnter Weise. Normales Wochenbett. Heilung per primam.

2. II. 17. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 52. Jahrg. 1917. Nr. 5091.

30jähr. II. para; 1 Kaiserschnitt, Kind lebt. Lernte mit $1^1/_4$

Jahren laufen. Becken: rhachitisch platt-verengt. Letzte Regel: Anfang Mai 1916.

14. II. 17. 11^{00} vm. Patientin kommt mit Wehen auf den Kreißsaal, wird zur Operation vorbereitet.

5^{30} nm. 1 ccm Pituglandol, 1 ccm Secacornin. Sectio caesarea abdominalis, transperiton., cervicalis. Kind ist scheintot, wird durch Hautreize zum Schreien gebracht. Wochenbett ohne Störung.

28. II. 17. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 53. Jahrg. 1917. Nr. 5274.

30jähr. V. para; 2 Geburten mit ärztlicher Hilfe, Kinder starben gleich nach der Entbindung; 2 mal Kaiserschnitt, Kinder leben. Von englischer Krankheit nichts bewußt; lernte mit 1 Jahre laufen. Becken: Dist. crist. 25 cm, Dist. spin. 22,5 cm, äuß. diag. Durchm. 17,5 cm. Letzte Regel: 2. VII. 1916.

17. IV. 17. 6^{30} nm. Patientin kommt mit Wehen zur Aufnahme. Es wird zur operativen Entbindung geschritten. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Bei Eröffnung des Bauches ist der Uterus mit dem Peritoneum durch spinnwebartige Verwachsungen verbunden. Das Kind ist schwer scheintot, wird aber wiederbelebt. Wochenbett ohne Störung.

28. IV. 17. Mutter und Kind gesund entlassen.

Die beiden früheren Kaiserschnitte wurden in hiesiger Anstalt vorgenommen; siehe 1912, Reg. 7; IV, Fall 20 und 1913, Reg. 634; IV, Fall 23.

Fall 54. Jahrg. 1917. Nr. 5600.

27jähr. I. para. 4 mal Blinddarmentzündung, vor 4 Jahren Blinddarmoperation. Becken normal. Letzte Regel: 20. XI. 1916.

1. IX. 17. 1^{00} vm. Patientin kommt mit sehr starken Ödemen am ganzen Körper zur Aufnahme. Muttermund für einen Finger durchgängig. Kopf beweglich über dem Becken.

8^{00} vm. Starker eklamptischer Anfall, welcher sich um 9^{30} vm. wiederholt.

10^{00} vm. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Kind asphyktisch, nach ca. 15 Minuten wiederbelebt. Nach der Operation wird Patientin ruhig im dunklen Zimmer gelagert. Normales Wochenbett. Kein Anfall mehr.

Entlassungsbefund vom 15. IX. 17: Narbe fest und reizlos,

Wohlbefinden. Urin frei von Eiweiß. Uterus im kleinen Becken. Spärlicher seröser Ausfluß. Kind gesund.

Fall 55. Jahrg. 1917. Nr. 5734.

24jähr. I. para. Becken: Dist. crist. 25 cm, Dist. spin. 22 cm, äuß. diag. Durchm. 18 cm, inn. diag. Durchm. 8,5 cm, Graddurchm. (geschätzt) 6—7 cm. Allgemein gleichmäßig verengtes Becken. Letzte Regel: 6. IV. 1917. Beginn der Wehen: 19. I. 18. 12^{00} vm. 6^{30} nm. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Nach Abschieben der Blase Entwicklung des lebenden Kindes. Überdecken des größten Teiles der Uterusnaht mit Blasenperitoneum. Guter, ungestörter Wundverlauf. Einige Tage leichtes Fieber infolge Mastitis.

Entlassungsbefund vom 9. II. 18: Narbe lineär, reizfrei, fest. Ohne Beschwerden. Kind gedeiht.

Fall 56. Jahrg. 1917. Nr. 5855.

38jähr. V. para; bisher 4 tote Kinder geboren. Becken: platt-rhachitisch, hochgradig verengt. Graviditas mens. VIII.—IX.

24. XII. 17. Seit 4 Wochen Zeichen von Nephritis: Albumen, Ödeme, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle. In den letzten Tagen Verschlimmerung.

27. XII. 12^{00} vm. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Entwicklung eines frühgeborenen, lebenden Kindes. Naht.

28. XII. Temperatur- und Pulsanstieg. Starkes Erbrechen; Meteorismus und starke Spannung des Leibes. Abgang von Blähungen und dünnem Stuhl.

29. XII. Große motorische Unruhe; zeitweise delirierend. Gesichtszüge verfallen, Anstieg von Temperatur und Puls.

31. XII. 17. Ständige motorische Unruhe, Delirien. Zunahme des Albumengehaltes auf 8 ‰.

1. I. 18. Exitus letalis um 9^{15} nm.

Todesursache: Nephritis gravidarum.

Fall 57. Jahrg. 1918. Nr. 6207.

38jähr. III. para; bisher 2 Totgeburten. Becken: Graddurchmesser (geschätzt) 8 cm; platt-rhachitisch. Letzte Regel: ?

22. IV. 18. Patientin wird mit Cyanose, Lungenödem,

Schwindel und Kopfschmerzen in die Anstalt eingeliefert. Harn: 9 ‰ Esbach.

11^{45} vm. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Kind lebt. In den ersten Tagen Rückgang des Eiweißgehaltes. Gute Diurese. Darauf Fieber- und Pulsanstieg und zunehmender Eiweißgehalt. Rückgang der täglichen Harnmenge. Zeitweises Benommensein.

6. V. 18. Exitus an Eklampsie.

Kind am gleichen Tage gesund entlassen.

Fall 58. Jahrg. 1918. Nr. 5944.

27jähr. I. para. Englische Krankheit, lernte mit 3 Jahren laufen. O-Beine, Schienbeine säbelförmig; gekrümmte Oberschenkel, plumpe Gelenke. Becken: Conjugata vera auf 6—7 cm geschätzt. Letzte Regel: ?

11. II. 18. 11^{00} vm. Seit frühem Morgen Wehen; Blase steht. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, supracervicalis. Abschieben der Blase. Große Kopfgeschwulst des Kindes, das in blauem Scheintot geboren wird. Wiederbelebung erfolgreich, doch schreit das Kind nicht. Wärmewanne. Senfpackungen, heiße Bäder.

17. II. Nach häufig wiederholten Kollapsanfällen Tod des Kindes an Lungenatelektase. Mutter in den ersten Tagen nach der Operation erhöhte Abendtemperaturen. Sonst normaler Verlauf.

Entlassungsbefund vom 26. II. 18: Narbe reizfrei. Genitalien gut zurückgebildet. Wohlbefinden.

Fall 59. Jahrg. 1918. Nr. 6324.

40jähr. IX. para. Graviditas mens IX.

3. VI. 18. Seit 2 Tagen leichte Wehen. Da harte, derbe Tumormassen das ganze kleine Becken ausfüllen (Carcinom), somit der partus per vias naturales nicht möglich ist, wird Patientin zum Kaiserschnitt vorbereitet. Bauchlängsschnitt. Transperitonaler, cervicaler Kaiserschnitt. Kind leicht asphyktisch, erholt sich bald im Bade; stirbt aber nach 5 Stunden an Lebensschwäche. Supravaginale Amputation des Uterus (Porro). Ovarien bleiben insitu. Peritonisierung der Wunde. In den ersten Tagen Fieber und hohe Pulsfrequenz.

11. VI. Besserung. Gute Wundheilung. Häufig Durchfälle.

21. VI. Röntgenbestrahlung.

Entlassungsbefund vom 22. VI. 18: Narbe glatt und reizfrei. Allgemeinzustand leidlich. Zur Röntgenbestrahlung in 3 Wochen wiederbestellt.

Fall 60. Jahrg. 1918. Nr. 6385.

Alter: ? III. para; 2 Kaiserschnitte. Becken: Conjugata vera 8 cm. Letzte Regel: Mitte September 1917. Eröffnungswehen: 18. VI. 18.

19. VI. Sectio caesarea abdominalis, transperitonealis, cervicalis. Kind, Mädchen lebt. Entwicklung mittels Zange. Verlauf: Glatte Wundheilung.

Entlassungsbefund vom 5. VII. 18. Ohne Beschwerden. Narbe tadellos. Kind gedeiht.

Fall 61. Jahrg. 1918. Nr. 6647.

26jähr. I. para. Graviditas mens. IX.—X.

21. X. 18. Erkrankung an Grippe.

25. X. Pneumonie links unten hinten. Bei der Moribunden wird, da die kindlichen Herztöne noch gut sind, die Sectio caesarea abdominalis ausgeführt. Kind totgeboren.

26. X. 18. Exitus der Mutter.

Fall 62. Jahrg. 1918. Nr. 6750.

31jähr. III. para; 2 partus per vias naturales. Beckenmaße: Dist. crist. 26 cm, Dist. spin. 25 cm, äuß. diag. Durchm. 18 cm, inn. diag. Durchm. 9—10 cm, Graddurchm. (geschätzt) 7—8 cm.

14. XI. 18. Gegen Abend Eröffnungswehen, schwach.

15. XI. Kräftige Wehen.

8^{00} vm. Blasensprung, Kopf bleibt hoch über dem Becken. Wehen stark, Pausen kurz.

10^{00} vm. Da kein Tiefertreten des Kopfes erfolgt und auch bei der großen Frucht nicht zu erwarten ist, wird beschlossen, die Sectio caesarea abdominalis, cervicalis, transperitonealis auszuführen. Entwicklung eines asphyktischen, reifen Kindes, das sich bald erholt. Naht. Bis zum 18. XI. leichte abendliche Temperatursteigerungen bis zu 38°, von da an fieberfrei.

Mutter und Kind am 29. XI. 18. gesund entlassen.

Fall 63. Jahrg. 1919. Nr. 6891.

30jähr. IV. para; 1. Zangengeburt, Kind starb gleich nach

der Geburt; 2. Kaiserschnitt; 3. Wendung; die beiden letzten Kinder leben. Nach dem zweiten Partus Ventrifixur. Rhachitis. Becken: rhachitisch-platt.

4. I. 1919. 8^{00} vm. Patientin kommt mit starken Wehen zur Aufnahme. Fruchtblase ist in der Schamspalte sichtbar. I. Schädellage; Kopf auf rechte Darmbeinschaufel abgewichen. Frucht scheint groß zu sein.

10^{00} vm. Krampfwehen.

10^{45} vm. Beginn der Narkose. 1 Spr. Secacornin. Fruchtblase wird gesprengt. Sectio caesarea abdominalis, transp., cervicalis. Uterus starke Sugillationen an der Vorderfläche und beginnende Ruptur (nicht perforierend) an der früheren Nahtstelle. Kind asphyktisch geboren, erholt sich schnell. Naht. Peritonisierung der Rupturstelle und der Sugillationen. Sterilisierung durch beiderseitige Tubenligatur.

Am 5. Tage nach der Operation Eiterung des Unterhautzellgewebes im Bereich des unteren Teiles der Bauchwunde. Ausbildung einer tieferen Thrombose am linken Bein: Cyanose, Ödeme, Schmerzen.

30. I. 19. Mutter und Kind gesund entlassen.

Benutzte Literatur.

E. Bumm, Grundriß zum Studium der Geburtshilfe.

A. Döderlein, Handbuch der Geburtshilfe.

H. Fritsch, Geburtshilfe.

S. Hammerschlag, Lehrbuch der operativen Geburtshilfe.

H. F. Kilian, De spondylolisthesi.

O. Küstner, Der abdominale Kaiserschnitt (II. Band der Deutschen Frauenheilkunde).

W. Liepmann, Der gynäkologische Operationskursus.

F. v. Winkel, Handbuch der Geburtshilfe.

Archiv für Gynäkologie.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Dem Direktor der Paderborner Hebammenlehranstalt Herrn Sanitätsrat Dr. Mann danke ich verbindlichst für die Anregung zu dieser Arbeit und Verfügungstellung des Materials. Auch möchte ich hier seiner liebenswürdigen Bereitwilligkeit gedenken, mit der er seine Anstalt sowohl Studierenden wie Ärzten zur Weiterbildung zur Verfügung hält. Seine angenehme Art, seine reichen Erfahrungen in Geburtshilfe und Frauenkrankheiten zu übermitteln, bleibt unvergessen.

Herrn Oberarzt Dr. Storck danke ich für seine freundlichen Fingerzeige und Winke bei der Sichtung des Materials.

Lebenslauf.

Ich, Theodor August Heinrich Kersting, bin geboren am 5. September 1892 zu Paderborn, besuchte von Ostern 1899 bis Ostern 1902 die Domschule und von Ostern 1902 bis Ostern 1911 das Gymnasium Theodorianum zu Paderborn.

Zum Studium der Heilkunde bezog ich Ostern 1911 die Universität Tübingen, Ostern 1912 München, Herbst 1912 Bonn. In Bonn bestand ich die ärztliche Vorprüfung mit der Note »sehr gut«.

Herbst 1913 bezog ich die Universität Marburg, Ostern 1914 Wien.

Am 13. August 1914 trat ich als Kriegsfreiwilliger in das Infanterie-Regiment Nr. 13 zu Münster i. W. ein und rückte als Feldunterarzt am 15. Oktober 1914 ins Feld. Wegen Erkrankung kehrte ich am 13. März 1916 in die Heimat zurück.

Infolge Versetzung zum Reservelazarett Bonn konnte ich im Wintersemester 1916/17 meine Studien fortsetzen. Am 1. März 1917 wurde ich zu einem Kursus für Feldhilfsärzte an die Universität Bonn kommandiert, und bestand nach Beendigung des Kursus am 2. Juni 1917 die ärztliche Prüfung mit der Note »gut«.

Unter Anrechnung des Kriegsdienstes auf das praktische Jahr erhielt ich die Approbation als Arzt mit der Geltung vom 2. Juni 1917.

In der Folgezeit war ich bis zum 12. Februar 1919 zuerst als Feldhilfsarzt, dann als Assistenzarzt im Truppen- und Lazarettdienst in Köln und Paderborn tätig. Zur Zeit besuche ich zu meiner Weiterbildung die Hebammenlehranstalt und Frauenklinik zu Paderborn.